

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1915

THÈSE

No 28

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules-Pierre-Paul RENAUX

Né à Rennes, le 28 Mai 1887.

ÉTATS CONFUSIONNELS
CONSÉCUTIFS

AUX COMMOTIONS DES BATAILLES

Président : M. CH. ACHARD, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE TÉQUI ET GUILLONNEAU

3 bis, RUE DE LA SABLÈRE 3 bis

1915

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS : MM.

Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle Médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	N.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.....	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	DELAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de ma grande affection

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

AUX DOCTEURS A. HERVÉ ET CH. DE BAUDRE

AU DOCTEUR GEORGES DEMAY

Médecin des Asiles publics d'aliénés

AU DOCTEUR GEORGES LATREILLE

Médecin des Asiles publics d'aliénés

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET DANS LES ASILES

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI COLIN

Médecin en chef des Asiles d'aliénés de la Seine

*C'est avec vos conseils que j'ai
entrepris ce travail. Je vous prie
d'en accepter l'hommage et de
croire à toute ma reconnaissance.
Laissez-moi y joindre l'expression
de mon respectueux attachement.*

A MON ILLUSTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR V. MAGNAN

Président de l'Académie de Médecine
Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique Sainte-Anne
Officier de la Légion d'Honneur

Respectueux hommage de ma grande admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales
à la Faculté de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Parmi les troubles neuro-psychiques apparus au cours de la guerre actuelle, il en est de particulièrement intéressants : ce sont ceux directement en rapport avec les commotions du champ de bataille. Ils sont du reste très variés : tels les accidents de nature pithiatique, les affections organiques du système nerveux, les phénomènes d'excitation et de dépression, les états confusionnels. C'est à l'étude de ceux-ci que nous nous sommes attachés dans le présent travail, en négligeant volontairement les premiers.

Il nous a été donné d'assister, dans les tranchées de l'Argonne, à l'éclosion d'états confusionnels chez des fantassins de notre régiment qui s'étaient trouvés dans la zone d'éclatement d'explosifs divers (mines, bombes, grenades à fusil, minenwerfer, obus, etc...) Mais nous étions alors, on le conçoit aisément, dans l'impossibilité de faire un examen et un diagnostic sérieux de nos malades et surtout de les suivre. Aussi avons-nous préféré apporter, en contribution à l'étude des **états confusionnels consécutifs aux commotions des batailles**, des observations de malades traités dans les asiles de Villejuif et Clermont. Ces malades ont

d'ailleurs été évacués très rapidement du front et nous avons pu obtenir, pour la plupart, des renseignements suffisamment précis sur les phénomènes ayant immédiatement suivi le choc.

Nous donnerons d'abord les observations qui nous ont paru le plus caractéristiques. Dans une seconde partie, nous tenterons, à la lumière de ces faits, de préciser les éléments essentiels du syndrome observé chez ces malades et en particulier de rechercher si, parmi ces éléments, il ne s'en rencontre pas de spécifiques.

Après quelques mots sur le diagnostic et le pronostic des cas étudiés, nous essaierons d'en déterminer le mécanisme, principalement le rôle du trauma et de l'émotion.

Enfin, nous terminerons par des considérations médico-militaires à propos du traitement et de l'utilisation ultérieure de ces soldats.

Avant d'aborder notre sujet, nous désirons adresser à notre excellent maître, Monsieur le docteur Henri Colin, nos vifs remerciements pour nous avoir autorisé à publier des observations de malades de son service. Que Monsieur le docteur Thibaud, médecin en chef à l'asile de Clermont, veuille bien aussi agréer l'expression de notre respectueuse gratitude, pour la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition de nombreux documents pour cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(ASILE DE CLERMONT. — SERVICE DE M. LE D^r DEMAY.)

Eclatement d'obus à proximité. — Etat confusionnel à forme asthénique sans délire ni hallucinations. — Guérison rapide. — Persistance d'amnésie lacunaire. — Deux mois après l'accident, excitation épisodique de très courte durée à l'occasion d'un orage. — Malade ayant déjà été commotionné antérieurement dans les mêmes conditions.

Le 15 juin 1915, au cours des combats de Quennevières, la section du sous-lieutenant de M... se trouvait rassemblée dans un boyau, attendant l'ordre d'attaque, lorsqu'un obus éclate à cet endroit, tuant et blessant la plupart des hommes. Le sous-lieutenant est projeté à terre, sans blessure, mais demeure inerte, hébété. On le transporte au poste de secours, et après un rapide examen, il est évacué sur un hôpital voisin. Le médecin aide-major B... qui l'examine à ce moment, fait le diagnostic : « Etat confusionnel (incohérence, désordre de la pensée, mutisme) » et l'envoie à l'asile de Clermont.

A son arrivée (16 juin), examiné au lit, il reste immobile, le regard vague, le visage sans expression, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il faut le solliciter à diverses reprises pour attirer son attention et obtenir de lui une réponse.

D. — Votre nom ?

R. — Mon nom?... Il n'y a plus d'hommes...

D. — Quel âge avez-vous? (*Aucune réponse.*)

D. — D'où venez-vous ?

R. — (*Après un long moment.*) Je ne sais pas.

D. — Que vous est-il arrivé ?

R. — Ils sont tous morts...

Toutes les réponses sont lentes, séparées par de longues périodes de mutisme. Les mots que nous venons de citer sont à peu près les seuls qu'il soit possible d'obtenir de lui, malgré de multiples sollicitations. Aucune parole spontanée. Par moments, il fait le geste de se déboucher les oreilles, comme s'il percevait mal les sons. A deux ou trois reprises, il lève les épaules, fronce les sourcils et grimace en disant : « C'est la guerre ! » Puis il retombe dans son immobilité habituelle. Au point de vue physique, la seule particularité à noter concerne la sensibilité qui est très obtuse : une piqure légère ne provoque aucune réaction ; une forte piqure n'est sentie qu'avec un retard notable ; les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux. L'examen des divers organes ne montre rien de particulier : de M... est un jeune homme de taille moyenne, bien constitué, et ne donnant pas l'impression d'un individu physiquement fatigué.

17 juin. — L'état du malade est sensiblement le même : torpeur, somnolence.

18 juin. — La torpeur est moins accentuée ; l'attention semble renaître ; aussi l'interrogatoire est-il plus facile que les jours précédents. Cependant l'obtusion intellectuelle est toujours marquée, l'idéation lente, les réponses tardives.

(*Spontanément*) : « Ils sont tous morts... moi, j'ai été enterré... Un obus a éclaté tout près... J'ai été enterré... C'était tout noir. »

Donne exactement son nom, son grade, le numéro de son régiment. Il déclare qu'il se trouvait dans les tranchées, à Quennevières, mais est incapable de dire comment il est venu ici. L'orientation dans le temps est conservée. L'affectivité se réveille : il demande à voir sa famille. Mais, d'une façon générale, le ton émotionnel est des plus neutres : le malade ne se préoccupe nullement de savoir où il se trouve, et ne marque aucun intérêt à tout

ce qui se passe autour de lui. D'autre part l'attention, assez bien soutenue au début de l'interrogatoire, se fatigue à mesure que l'examen se prolonge. Absence d'idées délirantes et d'hallucinations.

La sensibilité est moins obtuse.

19 juin. — Fait, avec quelque difficulté et en cherchant ses mots, le récit, d'ailleurs exact, des faits qui ont immédiatement précédé son envoi à l'hôpital : un obus éclatant dans le poste où il se trouvait ; ordre de marcher en avant ; explosion d'un second obus qui tue tous les hommes auprès de lui ; lui-même renversé et recouvert de terre. A partir de ce moment, il ne se rappelle plus rien. Actuellement, la mémoire des faits actuels est réparue : il sait ce qu'il a mangé le matin ; il reconnaît un sergent de sa section qui se trouve dans la même salle. Persistance d'un certain degré d'obnubilation intellectuelle : ne montre aucune curiosité au sujet de l'entourage et ne demande même pas où il se trouve. Semble uniquement préoccupé par la question nourriture ; réclame énergiquement à manger : « Je crève de faim. » Au point de vue physique, se plaint seulement de courbature et de céphalée ; par ailleurs il se sent très bien.

20 juin. — L'amélioration s'accroît. L'attention, tant spontanée que volontaire, n'est plus troublée, et l'obnubilation a disparu à peu près complètement. M. de M... raconte sans se faire prier, ses premiers mois de campagne : il prit part, comme sous-officier de dragons, aux combats de Belgique, à la retraite qui suivit et à la bataille de la Marne. Ensuite, il fut versé dans l'infanterie en qualité de sous-lieutenant. Une lacune persiste toujours dans ses souvenirs, relativement à ce qui s'est passé après l'explosion de l'obus qui le projeta à terre. Fait intéressant à noter : il fut déjà victime, il y a quelques semaines, d'accidents analogues, mais de courte durée (24 heures environ), après quoi il reprit immédiatement son service sans même avoir été évacué. Actuellement, M. de M... déclare ne plus éprouver aucune gêne dans l'exercice de ses facultés intellectuelles. Seule persiste, dans l'intervalle, une certaine difficulté dans l'expression, bien perçue par le sujet lui-même ; par moments, nous dit-il, je ne trouve pas mes mots.

A partir du 21 juin, le retour à l'état normal, paraît complet, et de fait, la guérison se maintient pendant les mois qui suivent. Une

seule fois, le 9 août, l'équilibre mental est passagèrement rompu, dans les circonstances suivantes : M. de M... rentre de promenade plus tôt que d'habitude, paraissant très énervé. Mouvements brusques, gestes saccadés. S'assoit sur un banc, dans le jardin, et demeure là deux heures, sans se lever, mais en étendant les jambes, les bras, tournant brusquement la tête, etc. Parle néanmoins à l'entourage de façon très normale. Semble avoir conscience de son état d'excitation, car il dit à un interlocuteur : « Cet après-midi, si j'avais rencontré un gendarme et si celui-ci m'avait demandé mes papiers, je l'aurais boxé. »

Nuit agitée. Rêve de scènes de guerre (uhlans, dragons, etc.)

Le lendemain, se montre très calme. De lui-même, parle de son état de la veille qu'il apprécie très exactement. « Je n'étais pas maître de moi ; je sentais que si je voulais aller à droite, il me fallait aller à gauche ; aussi, me suis-je empressé de rentrer. Ce matin, j'étais extrêmement fatigué ; j'ai pris un bain qui m'a remis ». Attribue cet état à l'influence de l'orage (le temps était, en effet, extrêmement lourd). Dès que la pluie est tombée (au milieu de la nuit), s'est senti soulagé. Se demande néanmoins, si, outre l'orage, l'influence du traumatisme antérieur doit entrer en ligne de compte.

A part cet épisode passager, M. de M... s'est montré parfaitement normal de juillet à octobre ; il sort de l'asile, sur sa demande, le 14 octobre 1915.

Aucun antécédent héréditaire (renseignement confirmé par la famille). Aucun trouble mental antérieur. Age : 23 ans, caractère vif, prompt aux « emballements », assez instable. L'examen somatique, pratiqué de nouveau après la disparition des troubles mentaux, n'a montré rien de particulier. Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité objective, ni de rétrécissement du champ visuel.

OBSERVATION II

(ASILE DE CLERMONT. — SERVICE DE M. LE D^r DEMAY.)

Eclatement d'obus à faible distance. — Confusion mentale avec état anxieux. — Courbature et céphalée. — Guérison en quelques jours. — Persistance d'amnésie portant sur la période post-traumatique.

Br..., 36 ans, sergent au ...^e d'infanterie. Appartient à la section du sous-lieutenant de M..., dont l'observation précède, et a été commotionné le même jour, par l'éclatement d'un obus à faible distance (renseignement fourni par les infirmiers militaires).

Entre à l'asile de Clermont, le 16 juin 1915, avec le certificat suivant du médecin aide-major B... : « Confusion mentale avec agitation et mouvements. »

Ce qui frappe tout d'abord, quand on examine ce malade, c'est l'expression d'égarement de sa physionomie. A demi-soulevé sur son lit, il porte ses regards de côté et d'autre, en poussant de temps à autre la même exclamation : « Ah !... Ah !... » d'un ton de surprise inquiète. Apercevant les barreaux de fer d'une fenêtre condamnée, il s'écrie : « Prison... Prison... Ah !... » Le médecin s'approchant : « Ah ! oui, le commissaire !... Oh ! Qu'ai-je fait ? » On tente de le rassurer : « C'est un médecin qui vous parle. » « Non, Monsieur, non, Monsieur... Ma mitrailleuse, j'en suis responsable. » (En réalité il n'était nullement chargé d'une mitrailleuse, ainsi qu'il nous le dira lui-même, une fois guéri).

D. — Quel est votre nom ?

R. — Mon nom... mon nom...

D. — Oui, comment vous appelez-vous ?

R. — (*Avec effort.*) Br... (*Spontanément.*) Je suis sergent.

D. — A quel régiment ?

R. — Régiment... Je ne sais pas.

D. — D'où venez-vous ?

(*Ne répond pas ; pousse des soupirs : Ah !... Ah !...*)

D. — Que vous est-il arrivé ?

R. — Ce qui m'est arrivé ?... Je ne sais pas.

D. — Comment êtes-vous venu ici ?

R. — Ici... C'est une prison.

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Ici... Pourquoi ici ?

D. — Où étiez-vous auparavant ?

R. — J'étais... J'étais sergent.

D. — Où cela ?

R. — Je vais... (*Se prend la tête à deux mains.*)... Mais je ne peux pas le dire.

D. — Savez-vous la date actuelle ?

R. — Je ne sais pas.

Toutes ces réponses sont obtenues avec beaucoup de difficulté, Br... conservant un air égaré et regardant sans cesse de droite et de gauche. Au point de vue physique, Br... paraît fatigué, mais non de façon excessive. Il se plaint de courbature, de céphalée, porte de temps en temps ses mains à la tête en poussant une plainte. Pas de température. L'examen somatique est difficile, en raison de l'état mental du malade. Les pupilles sont dilatées, mais réagissent à la lumière. Les réflexes rotuliens sont normaux. La sensibilité à la douleur est conservée. On remarque une cicatrice linéaire un peu au-dessous de la crête iliaque gauche, cicatrice dont le malade ne peut indiquer la provenance.

17 et 18 juin. — Persistance de la mimique d'égarement, de la désorientation et de l'amnésie. Incapable de dire ce qui lui est arrivé, de donner un détail précis sur son existence antérieure. Demande de nouveau où il se trouve ; on lui répond qu'il est à l'hôpital. Proteste en montrant les barreaux de la fenêtre. « Non..., c'est une prison ». Une grande partie des questions posées reste sans réponse, le malade se contentant de répéter son exclamation habituelle : « Ah ! Ah ! » On lui dit : « Les tranchées »... Immédiatement, il sursaute en répétant : « Les tranchées, ah ! oui. C'est épouvantable ! »

19 juin. — L'attention est moins troublée et le malade se prête

mieux à l'interrogatoire. Il se souvient maintenant d'avoir été renversé par l'éclatement d'un obus près de lui ; il a eu l'impression de recevoir sur la tête un coup extrêmement violent. A partir de ce moment jusqu'aujourd'hui, il n'a plus eu conscience de rien. Au contraire, Br... peut faire, au prix de quelques efforts, le récit des événements antérieurs à sa commotion. Mobilisé dès le début de la guerre, il a fait partie des troupes qui entrèrent à Mulhouse. En septembre 1914, il se bat sur l'Oureq et la Marne avec l'armée de Maunoury. En octobre, à Vic-sur-Aisne, il est blessé d'une balle à la partie supéro-externe de la cuisse gauche, d'où la cicatrice que l'on constate à cet endroit. Soigné dans une ambulance, il est bientôt renvoyé à son régiment et depuis, il est resté aux tranchées.

On note encore chez Br..., une certaine gêne dans la coordination des idées ; le langage reste quelque peu embarrassé. Mais la confusion extrême des premiers jours a disparu ; le malade se rend compte qu'il est dans un hôpital ; ses réponses sont logiques et témoignent de ses efforts pour suivre la conversation. La physiologie a perdu l'aspect égaré du début ; les traits restent cependant tirés. Br... continue à souffrir de la tête, des reins ; il accuse de vives douleurs dans les membres inférieurs, douleurs s'accompagnant de secousses musculaires (il avoue des antécédents arthritiques). Objectivement, les réflexes sont normaux ; la pression des triceps et quadriceps est douloureuse. Au niveau du membre inférieur gauche (côté de la blessure) les sensations douloureuses sont moins bien perçues que dans le membre opposé. Il n'existe pas de zones d'anesthésie ni de rétrécissement du champ visuel. Par contre, Br... présente un tic de clignement des yeux.

Le retour à l'état normal est réalisé les jours suivants. Les phénomènes douloureux des membres inférieurs sont calmés par des applications de salicylate de méthyle et d'enveloppement ouaté. La sensation de fatigue persiste plus longtemps. Le souvenir des faits immédiatement postérieurs au traumatisme n'est pas revenu.

A sa demande, le malade reste trois mois à l'asile pour achever sa convalescence.

Antécédents : pas de troubles mentaux dans la famille ni dans le passé du sujet.

Hérédité arthritique.

OBSERVATION III

(ASILE DE CLERMONT. — SERVICE DE M. LE D^r THIBAUD.)

Éclatement d'obus à courte distance. — État confusionnel avec excitation et onirisme hallucinatoire. — Courbature. — Guérison rapide. — Amnésie persistante portant sur les événements de la période confusionnelle. — Accidents convulsifs. — Appoint alcoolique. — Une commotion antérieure dans les mêmes conditions.

L..., ouvrier ferblantier, 29 ans, marié, soldat au ...^e régiment de zouaves.

Au combat de Quennevières, il est renversé à terre par l'éclatement voisin d'un obus de gros calibre. Évacué dans les heures suivantes par le médecin chef de son régiment, qui constate qu'il ne présente que de très légères contusions de l'épaule et la hanche droites, L... est observé à l'hôpital de C..., par M. le Médecin aide-major B... Il est à ce moment dans un « état d'excitation se traduisant par le besoin incessant de marcher, de faire des gestes. » Hallucinations continuelles de la vue et de l'ouïe. Il croit constamment entendre exploser auprès de lui des « minenwerfer ». Désordre des actes : il lève les yeux au ciel en étendant les deux bras comme dans un geste de protection et répète fréquemment : « minen... minen... ».

On envoie L..., à l'Asile de Clermont où il entre le 17 juin 1915. A son arrivée, le malade semble complètement désorienté. La mimique exprime la terreur. La physionomie, très mobile, et les gestes paraissent traduire la représentation mentale de scènes du champ de bataille. A un instant, il pousse un cri, regarde rapidement tout autour de lui et se précipite sous son lit, dans l'attitude ramassée des soldats qui cherchent protection contre les éclats d'un explosif.

Il aperçoit un autre malade de son régiment et de son pays, le reconnaît, esquisse le geste de lui tendre la main, mais ne lui parle pas.

Une tentative d'interrogatoire reste sans aucun résultat... Quelle que soit la question posée, L... garde un mutisme complet, ne réagit que par une vague mimique.

L'examen somatique révèle seulement un état saburral des voies digestives et un pouls faiblement frappé mais régulier. Rien au poulmon. Pas de troubles des réflexes ni de la sensibilité objective. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le malade se laisse docilement déshabiller et coucher. Il dort une partie de la nuit, puis se réveille brusquement, s'élance hors de son lit et traverse la salle en criant : « En avant, en avant ! »

Dans les jours qui suivent son entrée à l'asile, L... présente ce même état de mutisme. On obtient quelquefois une obéissance aux actes qu'on lui ordonne (comme de se lever, de marcher, de se vêtir) mais pas de réponse aux questions posées.

Le 8 juillet, L... prononce quelques paroles. On arrive à fixer son attention.

D. — Comment êtes-vous venu ?

R. — C'est drôle... je ne sais plus...

D. — Où étiez-vous, les jours derniers ?

R. — Je crois que j'étais ici... Oui... J'étais ici.

D. — Quelle est cette maison ?

R. — C'est l'hôpital.

D. — Y êtes-vous depuis longtemps ?

R. — Je dois y être depuis cinq ou six jours... Je ne sais pas au juste.

D. — Que faisiez-vous avant d'y venir ?

R. — J'étais avec ma compagnie.

D. — Pourquoi êtes-vous venu ?

R. — Il faut croire que j'ai été malade.

D. — Vous souvenez-vous de ce qui vous est arrivé ?

R. — Non... pas du tout... Mais je me sens fatigué... Ça me tient surtout dans les jambes... des douleurs... Et puis là (*montre la région antérieure de son thorax.*) C'est comme quelque chose qui me serre. J'ai dû mal à respirer.

Le malade quitte le lit quelques heures dans la journée, au

moment des repas, ou pour faire une partie de cartes avec des camarades. Il garde une attitude déprimée, est courbaturé, et est obligé parfois d'interrompre la partie commencée « parce qu'il ne se souvient plus de ce qu'on vient de jouer », d'autres fois, parce qu'il est pris de vertiges. Il va s'allonger pendant un moment sur son lit.

Le souvenir de ce qui s'est passé depuis son arrivée à l'asile reste confus. Orienté vers le rappel du camarade qu'il a paru reconnaître, il prétend ne pas être très sûr d'avoir rencontré une personne de sa connaissance. Il a plutôt la sensation, dit-il, d'avoir revu un visage familier « comme dans un rêve ».

Durant la fin de son séjour à l'asile, L... ne parvient toujours pas à se souvenir des incidents qui ont provoqué sa maladie. Il sort le 6 septembre 1915, guéri des troubles qui l'avaient fait admettre, mais conservant de l'amnésie lacunaire.

Antécédents héréditaires : Père bien portant, mère sujette à des crises nerveuses.

Antécédents personnels : A de temps en temps, des crises convulsives, et ce, depuis l'âge de 12 ans. Habitué à de légers excès alcooliques.

Deux mois avant sa dernière commotion, L... en a subi une analogue (également par éclatement d'un obus). Il est resté plusieurs heures étendu par terre, a été relevé par les brancardiers de sa compagnie, s'est rendu par ses propres moyens, au poste de secours où il s'est montré très agité et violent, surtout vis-à-vis de son sergent qui s'y trouvait et qu'il a voulu tuer. N'a gardé aucun souvenir de cet événement.

OBSERVATION IV

(ASILE DE CLERMONT. SERVICE DE M. LE D^r THIBAUD.)

Explosion de torpille à faible distance. — Appoint alcoolique. — Confusion délirante hallucinatoire. — Amélioration rapide. — Persistance d'une vive céphalée. — Amnésie de toute la période confusionnelle.

Al..., ajusteur mécanicien, marié, soldat au ...^e régiment de tirailleurs algériens. Prend part avec son régiment à l'affaire de Quennevières, au cours de laquelle le vent d'un obus le couche par terre, sans lui faire de blessures. On le transporte au poste de secours d'où il est évacué sur l'hôpital de C... Le D^r B... médecin aide-major, constate alors que Al... est dans un « état de confusion délirante hallucinatoire, s'agite, refuse de répondre à toute question, puis cherche à se coucher. Si à ce moment on essaye de le faire lever, ou si on lui frappe sur l'épaule, il sursaute et cherche à fuir; son faciès prend une expression d'extrême angoisse, il cherche avec ses mains à se protéger d'un danger qui le menace. Semble en état perpétuel d'hallucinations effrayantes ». Le malade est dirigé sur l'Asile de Clermont. Pendant toute la durée du trajet, il conserve un mutisme absolu. De temps à autre, il se livre à des actes automatiques : semble prêt à se précipiter sur un ennemi imaginaire, retire de l'étui son masque contre les gaz asphyxiants et s'en protège le visage. Il prend dans sa poche un portefeuille et en extrait une photographie de sa femme et de ses enfants; il se met à sangloter en la regardant.

Le soir de son arrivée à l'asile (24 juin 1915), Al... conserve la même attitude d'hostilité et de mutisme : Il a le regard fixe, l'œil injecté et gros, son masque exprime la colère contenue. On doit le faire maintenir par des infirmiers. Il se laisse pourtant déshabiller assez docilement et mettre au lit. Aussitôt couché, il s'endort d'un

profond sommeil, ne paraît plus percevoir aucune impression extérieure. Sa première nuit à l'asile est très calme; Al... ne se réveille que vers 5 heures du matin, boit une tasse de lait, puis se rendort aussitôt. Le 22 juin, Al... reste indifférent à ce qui se passe et ne fait aucune réponse aux questions qu'on lui pose. Dans l'après-midi de ce même jour, son allure devient plus bienveillante. Il sourit quand on lui parle de M..., son pays d'origine. A un moment, remarquant la veste couleur kaki de l'infirmier, il la déboutonne, cherche à en dévêtir ce dernier comme s'il tentait de rentrer en possession d'un objet qui lui appartient. Le lendemain, pendant la visite du médecin, il est accueillant, rit avec celui-ci. La veste de l'infirmier le préoccupe toujours : Al... la réclame à nouveau. On ne peut encore fixer qu'imparfaitement son attention. Il ne réagit pas à l'ordre qu'on lui donne de « lever le bras droit », puis après quelques hésitations, finit par quitter son lit. Le médecin lui ordonne de se recoucher : Al... regagne le lit et retombe dans la torpeur. Son regard est fixe et exprime l'effarement. L'examen somatique révèle les détails suivants : le réflexe cornéen est aboli, la sensibilité à la douleur est conservée, mais avec un appréciable retard dans la perception. Rien à noter du côté des poumons, ni du cœur, le pouls est normal.

Le 23 juin, Al... prononce quelques mots et finit par demander aux infirmiers quel est l'endroit où il se trouve. Quelques heures plus tard, on a l'impression que son réveil est plus complet. Le médecin montre alors à Al... la photographie d'une femme et de son enfant : Il manifeste le plus vif étonnement, et demande : « Où avez-vous pris cela ? » Il s'assied dans son lit, regarde alternativement à droite et à gauche, fait des gestes qui se répètent, parle par monosyllabes et sans qu'on puisse saisir le sens des sons qu'il profère. De temps en temps, il s'interrompt pour s'allonger sous ses couvertures, puis recommence la même scène.

Profitant d'un instant où son attention a pu être fixée, le médecin le met au courant de sa situation actuelle. A ce moment, les souvenirs antérieurs au traumatisme se présentent en foule à son esprit, et il les exprime avec beaucoup de netteté et de précision : « Oui, je me souviens de ce qu'il y a eu... J'ai vu éclater une torpille tout auprès de moi..., notre mitrailleuse a volé en éclats... Quand je suis revenu à moi, j'ai vu tous mes camarades couchés à terre..., je me suis mis à courir vers une autre mitrailleuse et

puis... et puis, je ne me souviens plus de rien. » Un peu plus tard, Al... dira : « C'est le néant. »

Pourtant, le surlendemain de cet examen, Al... croit se rappeler qu'à son arrivée à l'infirmerie, il a remarqué, par la fenêtre, un paysage qui ressemblait à celui de Cappot, près de Quennevières.

Le 25 juin et les jours suivants, Al... se plaint fréquemment d'une *céphalée* violente. Il a « comme du plomb dans la tête ».

En outre, Al... se dit courbaturé du côté gauche du corps et accuse de la surdité de l'oreille correspondante. L'examen de l'oreille révèle l'existence d'une perforation tympanique; les recherches touchant la sensibilité donnent les mêmes résultats que ci-dessus : Al... reste sensible aux piqûres, mais la perception douloureuse est retardée et il lui est impossible de localiser les impressions périphériques. Pouls toujours calme et bien frappé.

Le 26 juin, Al... cherche à écrire une lettre. On remarque à cette occasion qu'il présente de l'amnésie verbale. Les mots « lui viennent bien », mais lui échappent quand il veut les écrire. Il a, de plus, de la difficulté à les assembler en phrases. Sensations subjectives de « vide dans la tête », de vertiges pénibles.

Le sommeil est entrecoupé de cauchemars. La courbature gauche persiste encore.

Pendant les mois de juillet-août, Al... s'intéresse plus à sa vie quotidienne. Il s'occupe volontiers, mais suivant sa propre expression, « cela ne va pas encore tout à fait bien ! » Il se fatigue vite, et est obligé de se coucher fréquemment. Persistance de la sensation de lourdeur de tête et de la *céphalée*, qu'il prétend très vive.

Au début de septembre, Al... reconnaît avoir toutes ses idées; il se plaint toujours de mal dormir, d'avoir des visions effrayantes ayant trait ordinairement à la guerre, d'autres fois plus vagues : « Ce sont des roues qui tournent et lui passent sur le corps, ou la vue de son enfant qui se noie, etc... » Il ne se rend pas bien compte si cela se passe en rêve ou s'il est vraiment éveillé. Seulement, le lendemain matin, il se souvient de toutes les scènes fictives auxquelles il a assisté et reste très fatigué durant toute la journée : Quelquefois alors, le « cafard » le prend : Al... se couche quelques instants et « cela se remet ».

Interrogé sur son état du moment, Al... prétend ne se souvenir de rien, entre l'instant où il a assisté à l'éclatement de la torpille

et celui où on lui a montré à l'asile la photographie de sa femme. « Il faut me recharger », dit-il, « je suis trop fatigué. J'ai toujours peur qu'un choc ne me « retourne » encore. »

Il sort très amélioré de l'Asile, le 6 septembre 1915.

Antécédents : Mère nerveuse. Rien autre à noter dans l'hérédité.

Al... a eu jusqu'alors une santé assez bonne ; mais il a toujours été un nerveux, très impressionnable. A l'âge de 18 ans, a présenté des crises convulsives sur la nature exacte desquelles il ne peut nous fixer.

Habitudes d'intempérance : Gros buveur d'absinthe. Durant son passage aux tranchées, il avoue avoir absorbé quotidiennement une petite ration d'eau-de-vie et de deux à quatre litres de vin.

OBSERVATION V

(ASILE DE CLERMONT. — SERVICE DE M. LE D^r THIBAUD.

Débilité mentale. — Éclatement d'obus. — Torpeur cérébrale persistant pendant six semaines environ. — Céphalée. — Amélioration progressive. — Neuf mois auparavant, commotion analogue, mais de courte durée.

H..., 38 ans, soldat au ...^e régiment d'infanterie. Evacué du front sur l'hôpital R..., à C..., le 30 septembre 1915, pour « obnubilation cérébrale survenue à la suite d'un éclatement d'obus ». Envoyé à l'asile de Clermont le 13 octobre, sur le certificat du médecin aide-major G... « Confusion mentale avec amnésie, périodes de mutisme intermittentes. »

14 octobre. — Physionomie sans expression. Regarde de droite et de gauche. Considère ses mains, les porte à la tête ; tourne et retourne sans cesse dans son lit, comme s'il se trouvait mal à l'aise. Comprend bien les questions qu'on lui pose, mais à condition qu'on insiste, car l'attention est très troublée.

D. — Souffrez-vous ?

R. — ...J'ai mal partout... Je suis malade... J'ai eu des frayeurs.

D. — A la suite de quoi ?

R. — C'est... quand l'obus qui a éclaté à côté de moi... ça m'a renvoyé loin... ça m'a fait mal.

D. — Avez-vous perdu connaissance ?

R. — ...Ah !... que voulez-vous ?... Je ne me rappelle pas.

D. — Qu'est-il arrivé après l'éclatement de l'obus ?

R. — Je ne m'en rappelle pas... Je ne sais pas... Vous savez bien mieux que moi.

D. — Que ressentez-vous maintenant ?

R. — Je ressens... que je n'ai pas de force... Je n'ai pas de mauvaises idées.

D. — Savez-vous à quelle date nous sommes ?

R. — Je ne sais pas si nous sommes le 12... Le mois ?... Je ne m'en souviens pas... C'est le mois de février... L'année ? (*Longue pause*). Nous sommes... Je ne m'en rappelle pas du tout.

D. — Savez-vous où vous vous trouvez ici ?

R. — Que voulez-vous ?... Je ne sais pas.

D. — Vous avez donc perdu la mémoire ?

R. — On me l'a fait perdre, la mémoire... Je ne l'avais pas perdue... Je ne l'avais pas perdue avant.

D. — Pourquoi dites-vous cela ?

R. — (*Regarde son mouchoir, ses mains.*) Au sujet des affaires... d'autres affaires... Je ne sais pas quoi dire. (*A voix basse.*) Ah ! je ne sais pas... Je ne sais pas... Je ne comprends pas... Ils n'avaient qu'à me laisser tranquille.

D. — Que vous a-t-on fait ?

R. — Ils ne m'ont rien fait. (*Quelques instants après :*) Ils m'ont tout pris... Ils m'ont tout pris... Ils m'ont pris mon fusil, mon sac... Je ne sais pas si c'est pour plaisanter.

D. — Quand a-t-on fait cela ?

R. — C'est avant... après... je ne sais pas... Je me demande pourquoi ils m'ont amené ici. Ils n'avaient qu'à me laisser à l'endroit où j'étais.

D. — N'avez-vous pas dit vous-même que vous étiez malade ?

R. — J'avais besoin d'un jour ou deux.

D. — Étiez-vous depuis longtemps dans la région ?

R. — Je suis mobilisé depuis le premier jour... il y a un an que je suis au front... j'ai été un peu partout.

D. — Ne pourriez-vous préciser un peu ?

R. — Que voulez-vous que je vous dise... Je ne me rappelle pas... Je suis fatigué...

Les dernières réponses sont obtenues avec beaucoup plus de peine qu'au début de l'interrogatoire. L'attention du malade est nettement fatiguée, et il ne semble pas intéressé par ce qu'on lui dit. Au point de vue physique, la sensibilité est conservée, mais le malade localise mal les sensations. Les réflexes rotuliens sont normaux ; les réflexes cornéens diminués, le réflexe pharyngien normal. Température, 37°3. Pouls, 80. Absence d'albumine dans l'urine.

20 octobre. — Même lenteur dans l'expression des idées. Se plaint encore de souffrir de la tête. Réclame ses effets, pour se lever. On lui demande à quoi il passe son temps, il répond : « Je me lève... je me couche. » Toujours désorienté : « Aujourd'hui ? nous sommes mardi (*inexact*)... Je ne m'en souviens pas... Qu'on me donne un Almanach... L'année ? Je ne m'en souviens pas. Où je me trouve ? Je ne sais pas... Dans un couvent, je crois... Je suis dans une maison... dans un hôtel. Ces personnes qui sont ici ? Ce sont des malades... ils ont des maladies... De quelle sorte ? Je ne sais pas. Ce qui m'est arrivé... il m'est arrivé... Je ne sais pas. (*Pause.*) Il ne m'est rien arrivé... Je ne demande qu'à retourner. Il m'est arrivé un accident... un accident de l'obus. Ça m'a rejeté de l'autre côté. Ça m'a fait perdre connaissance... Quand j'ai repris connaissance, j'étais à C... Ils me mènent dans un auto, ils n'avaient qu'à me laisser où j'étais. »

D. — Pourquoi devait-on vous laisser ?

R. — Parce que je gagnais de l'argent chez moi et qu'ici je n'en gagne pas.

D. — Avez-vous toujours été ainsi ?

R. — Auparavant... Je ne sais pas... Je n'étais pas comme maintenant... Je comprends bien ce qu'on me dit... Que voulez-vous. Ce n'est pas moi... Je n'ai pas demandé à venir ici. Ici, on est entre quatre murs. C'est un hôtel, un hôpital... un asile de vieillards... J'aurais voulu qu'on me laisse...

30 octobre. — Toujours obnubilé, répond avec lenteur, en cherchant ses mots. Se plaint d'avoir continuellement la tête lourde. Donne cependant des détails assez précis sur son existence antérieure à l'accident actuel. Mobilisé le second jour de la guerre, il est parti au front au début de novembre. Le 3 janvier, il est contusionné à la figure par les éclats d'un obus explosant tout près de lui. Il perd alors toute conscience pendant trois jours environ, mais est soigné dans une ambulance du front sans être évacué. On le renvoie aux tranchées le quatrième jour et depuis, il combattait en première ligne.

Pendant la première quinzaine de novembre, l'état de H..., s'améliore progressivement.

5 novembre. — La confusion a disparu. H..., converse main-

tenant sans fatigue et sans chercher ses mots : la mémoire des faits antérieurs au traumatisme est parfaitement conservée. H... nous parle de sa famille. Son père est mort « épuisé de travail ». Sa mère, qui vit toujours, est bien portante, de même qu'une sœur. Une cousine aurait été atteinte de troubles mentaux. Lui-même reconnaît qu'il a « la tête dure ». A l'école il n'a jamais pu apprendre grand'chose. En effet, ses connaissances scolaires sont rudimentaires. Ses appréciations sur les sujets d'ordre général sont absolument insuffisantes. Il n'a jamais appris de métier proprement dit, et est toujours resté manœuvre. Il nie tout excès alcoolique.

Objectivement : pas de tremblement de la langue ni des mains. Les troubles légers de la sensibilité qui existaient au début ont disparu. Pas de rétrécissement du champ visuel. Réflexes pupillaires et rotuliens normaux.

OBSERVATION VI

(Résumée)

(ASILE DE CLERMONT. — SERVICE DE M. LE D^r THIBAUD.)

*Eclatement de minenwerfer. — Confusion mentale hallucinatoire.
— Guérison rapide. — Amnésie lacunaire. — Tuberculose.*

M..., 31 ans, cultivateur, marié, soldat au...^e d'infanterie.

Au début du mois de mars 1915, il se trouve dans une tranchée à proximité du lieu d'éclatement d'un minenwerfer. On le conduit au poste de secours du régiment d'où il est évacué sur l'arrière, pour « ébranlement cérébral à la suite d'une commotion violente par minenwerfer ». A l'hôpital de C..., le 4 mars, M. le médecin aide-major B..., constate chez M..., un état d'agitation et du délire hallucinatoire subaigu. Le 5 mars, le malade est dirigé sur l'asile de Clermont où il présente, à son entrée, le tableau clinique de la confusion mentale hallucinatoire. Son faciès est angoissé; on n'obtient que de rares réponses de sa part. On alite M... De temps en temps, il s'agite, se dresse dans son lit en criant effaré : « Voilà les boches... » Cet état persiste durant la nuit, en dehors de quelques heures pendant lesquelles il dort assez tranquillement.

Le lendemain matin, M... est beaucoup plus calme. Il conserve encore une attitude craintive, mais répond aisément aux questions posées :

D. — Vous sentez-vous mieux?

(Pas de réponse.)

D. — Me connaissez-vous?

R. — (Avec hésitation...) Non... non, Monsieur.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — Je ne sais pas... Non...

D. — Voyons, cherchez un peu, à quoi ressemble cette salle?

R. — C'est un hôtel... non... un hôpital.

D. — Où avez-vous dormi la nuit dernière ?

R. — Ici.

D. — Et l'avant-dernière nuit ?

R. — ... Je ne sais pas.

D. — Où étiez-vous hier ?

(Ne répond pas.)

D. — Et auparavant ?

R. — ... Là-bas... aux tranchées.

D. — Quand avez-vous quitté les tranchées ?

R. — ... Je ne me souviens plus.

A l'interrogatoire poursuivi du malade, il se confirme que celui-ci présente une amnésie complète entre le moment où a explosé le minenwerfer et l'instant présent.

L'examen somatique ne fait constater qu'un léger retard dans les perceptions douloureuses.

Pas de troubles des réflexes. Pas de tremblement appréciable des extrémités. L'examen des urines est négatif.

Dans les jours qui suivent, l'état mental de M... s'améliore très rapidement. Le malade, chez qui l'auscultation pulmonaire a révélé des signes de tuberculose, est conservé en traitement à l'asile durant quelques semaines, mais surtout en raison de ce mauvais état physique. Il sort le 14 juin 1915 entièrement guéri de ses troubles mentaux.

Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent aucune particularité.

OBSERVATION VII

(ASILE DE VILLEJUIF. — SERVICE DE M. LE D^r H. COLIN.)

Prédisposition vésanique : accès mélancoliques antérieurs. — Commotion par éclatement de bombes en mars 1915. — Confusion avec agitation anxieuse. — Amélioration. — Récidive en mai. — Nouvelle commotion. — Association de confusion et de troubles mélancoliques. — Guérison. — Amnésie persistante.

R..., négociant, âgé de 40 ans, entre le 12 juin à la section militaire de l'asile de Villejuif, avec le diagnostic de paralysie générale.

Au premier abord, quoi de plus vraisemblable ? Dépression, perte de la mémoire, préoccupations hypocondriaques, embarras de la parole, légère exagération des réflexes. Ce qui empêche de confirmer le diagnostic, c'est l'absence des troubles pupillaires et surtout une observation plus attentive du malade.

La tête dans ses mains, il pleure abondamment. Il sait bien qu'il est à l'asile de Villejuif, mais il a d'autres sujets d'inquiétudes : « Je suis drôle, je n'étais pas comme cela avant... Ah ! ma tête ! ma tête ! » Habitant le Nord, il a du fuir devant l'invasion et abandonner sa femme dont il est sans nouvelles. Il a eu bien d'autres malheurs et ne demanderait qu'à les dire, mais il parle lentement, péniblement, presque à voix basse. De plus, il est dur d'oreille.

Depuis quand est-il mobilisé ? Quand a-t-il rejoint le front ? Impossible de le savoir d'une manière précise. (R... met très longtemps à rassembler ses souvenirs, et encore les détails qu'il donne sont souvent inexacts et même contradictoires.)

1. Nous tenons à remercier notre collègue, M. le D^r Magnac, interne à l'asile de Villejuif, pour l'aide qu'il nous a apportée dans la rédaction de cette observation et de la suivante.

Il préfère revenir à ses malheurs. Il a dû abandonner son commerce si prospère depuis deux ans. Alors, il calculait très bien, il parlait convenablement ; aujourd'hui, c'est à peine s'il se rappelle la table de multiplication, et il éprouve à parler la plus grande difficulté : on dirait qu'il bégaye. En réalité, on remarque chez lui un retard de la parole, il cherche en quelque sorte ses mots dont il ne peut retrouver qu'avec peine l'image d'articulation. Il a beaucoup souffert. Renversé par l'éclatement de projectiles, il a été très effrayé et a perdu connaissance. Depuis, la terrible insomnie, la frayeur des boches qu'il voit fréquemment devant lui, une crainte continuelle et sans objet, un malaise indéfinissable, tout cela le tourmente et l'obsède. Ce qui met le comble à son désespoir, c'est la conscience de son état et à la pensée que peut-être, il « restera toujours ainsi », il verse d'abondantes larmes.

Aussi, l'interrogatoire devient de plus en plus pénible, et nous renvoyons le malade en ordonnant qu'on le couche. Après une dizaine de jours, une amélioration notable se produit. Chaque matin à la visite, nous voyons R..., toujours déprimé, mais moins anxieux. Il souffre encore de la tête et dort difficilement. Son état confusionnel s'est surtout amélioré. A la quinzaine, on communique facilement avec le malade qui, malgré l'embarras de la parole persistant, peut nous raconter son histoire dans les grandes lignes.

Domicilié à P., Nord, il n'était mobilisable que sur un ordre d'appel spécial, mais au début de septembre 1914 (il ne peut dire la date exacte) il a dû, à l'approche de l'envahisseur, rejoindre le dépôt de son régiment. Là, il a été exercé jusqu'au 26 février 1915, date à laquelle il a été dirigé sur le front. Au début de mars, le malade a été victime, au bois des Caures, d'une commotion occasionnée par l'éclatement de plusieurs bombes à quelques mètres de lui. Il a été renversé mais n'a pas été enseveli sous la terre projetée par l'explosion de l'engin. Il s'est relevé sans aide, puis, quelques instants après, est tombé sans connaissance. A partir de ce moment et jusqu'au lendemain, R... a perdu toute notion des choses. Lorsqu'il est revenu à lui, il se trouvait dans un état de torpeur, d'obnubilation, auquel a bientôt succédé un état de surexcitation nerveuse qui a duré plusieurs jours. « J'étais devenu comme énervé, perdu, dit-il, j'étais frappé, comme fou, je voyais des boches tout le temps. » Une semaine après, le malade a

repris son service, mais selon son dire, il « n'était plus normal ». Ses camarades l'avaient remarqué, car ils l'appelaient « dingo ». On avait eu soin de lui retirer son fusil, on ne le commandait pas ; il lui eût été impossible d'exécuter un ordre quelconque. Tremblant sans cesse, anxieux, en proie à de violentes crises de désespoir, il accumulait dans son esprit malade de multiples sujets de crainte. Il avait abandonné sa femme et il ne pouvait chasser de son esprit l'idée qu'elle était morte ; il avait abandonné ses affaires et la hantise de la ruine le poursuivait. Il se méfiait de ses camarades qui voulaient le faire disparaître. N'avaient-ils pas « essayé de le faire sauter » ? Mais par-dessus tout, la vue des boches le terrifiait. Le jour, la nuit surtout, il les voyait se précipiter sur lui. Alors, au paroxysme de la terreur, il se levait et s'enfuyait en criant.

Cet état d'agitation anxieuse valut au malade quelques jours de repos à l'arrière et un traitement bromuré.

Puis il rejoignit ses camarades et passa avec eux le mois d'avril. Il était, d'après ses dires, très amélioré, quand, au mois de mai, les mêmes troubles se reproduisirent. De nouveau il devint triste, découragé ; il parlait peu, ressentant une grande difficulté à prononcer les mots et à exprimer sa pensée. A la fin du mois, il fut encore une fois renversé par l'explosion d'un obus. Que se passa-t-il ensuite ? Le malade ne le sait pas au juste, mais il croit que, pris de frayeur, il a dû pousser des cris et essayer de se sauver. Il lui semble en effet se souvenir que ses camarades se sont saisis de lui dans la cour de la ferme qui servait de cantonnement. Le lendemain, il s'est retrouvé à l'infirmerie de l'arrière encore très effrayé : « Si j'ai un peu de souvenance, on me veillait. »

8 ou 10 jours après cet accident, le malade entra à la section militaire de Villejuif. Alité pendant trois semaines environ, il a joui du repos le plus absolu ; l'après-midi seulement on le levait avec ses camarades pour qu'il puisse, étendu sur une chaise longue, se baigner d'air et de lumière sur une des vastes galeries qui entourent le 1^{er} étage des bâtiments de la section militaire.

Après un mois, le malade était à peu près guéri et commençait à travailler. Aujourd'hui, en attendant son départ qui est proche, il remplit à la plus grande satisfaction de tous les fonctions d'infirmier dans le service. Il parle couramment, ne bégaye plus et s'exprime sans effort intellectuel préalable.

Plutôt gai que triste, il se livre avec entrain au travail ; son état

physique est tout à fait satisfaisant, son état mental aussi, malgré que sa mémoire présente encore quelques vides.

Pas plus qu'à l'entrée, il ne se souvient de ce qui s'est passé entre le moment où il a été renversé par un obus, et le moment où il s'est trouvé à l'infirmerie de l'arrière. Il voudrait le savoir, il cherche mais vainement, et comme les souvenirs ne lui reviennent pas, il s'énervé.

Du reste, le malade a toujours été très nerveux et très impressionnable. A 18 ans, la perte d'un ami lui a causé un immense chagrin. Pendant plusieurs mois, il a souffert de la tête, en proie à une surexcitation continue, se plaignant de palpitations cardiaques. Sans nul doute, il allait comme son ami, mourir de méningite, et son médecin n'arrivait pas à le rassurer.

A 37 ans, il a eu, à la suite de plusieurs attaques de rhumatismes et de surmenage, un peu « d'anémie cérébrale ». Triste, préoccupé, il parlait peu, s'irritait sans raison. La nuit, il ne reposait pas, il avait des idées noires qu'il ne parvenait pas à chasser. Chaque jour, dit-il, il devenait plus neurasthénique.

Le malade s'est toujours exprimé avec lenteur, et même dans ses périodes de dépression avec un peu de difficulté; mais jamais il n'avait présenté les troubles de la parole qu'il a eus ici, à son arrivée, et il nous dit aujourd'hui pour expliquer la gêne qu'il éprouvait à converser au début: « J'avais peur de parler; je ne trouvais pas facilement mes mots, je serais resté tout le temps sans rien dire. »

OBSERVATION VIII

(ASILE DE VILLEJUIF. — SERVICE DE M. LE D^r H. COLIN).

Commotion probable par éclatement d'obus dans le voisinage. — Confusion hallucinatoire. — Persistance des troubles psychiques depuis le début de juin sans amélioration notable.

D'après les indications portées sur son livret militaire, C..., 32 ans, forgeron, a rejoint le deuxième jour de la mobilisation le ...^e régiment d'artillerie, au fort d'H..., près Verdun.

Il entre à la section militaire de l'asile de Villejuif, le 31 mai 1915.

Appelé au bureau du médecin, pour y être examiné, C..., entre lentement, sans regarder personne ; il se tient assez droit, les bras ballants, la tête penchée et complètement immobile. Sa figure a une expression particulière tout à fait fixe : celle de l'inquiétude et de la tristesse. Le front est plissé, la bouche est tirée d'un pli amer, les paupières sont animées d'un battement assez rapide. Contrastant avec la rigidité du visage, les yeux sont extrêmement mobiles. Le regard douloureux et pénétrant se fixe sur la personne qui l'interroge. Il entend les questions qu'on lui pose et paraît faire de grands efforts pour les comprendre. La parole est lente, la voix basse, hésitante.

Aux questions suivantes qui lui sont posées :

D. — Quand avez-vous été mobilisé ? Où êtes-vous ici ? Quel jour sommes-nous ?

(Le malade ne répond que par geste évasif.)

A cette question :

D. — Pourquoi vous a-t-on conduit à l'hôpital ?

R. — *(Après un long silence.)* J'étais malade.

Tout à coup il se lève et s'en va lentement.

D. — Où allez-vous ?

R. — Je m'en vais parce qu'on m'attend là, dans la cour... un camarade... Je l'entends qui m'appelle.

On a toutes les peines du monde à faire asséoir le malade qui se relève aussitôt. « Il me dit de partir... »

D. — Qui?

R. — Mon camarade.

D. — Comment s'appelle-t-il?

R. — Esper.

Ce nom nous est inconnu.

En somme, C... a parlé spontanément du camarade qui, croyait-il, l'appelait dans la cour et n'a répondu qu'aux questions relatives au sujet de sa préoccupation.

Le malade répond difficilement aux autres questions qui lui sont posées.

D. — Où habitez-vous?

R. — A Doullens.

D. — Quelle rue?

R. — Rue du Bourg.

D. — Quelle est votre profession?

R. — Marchand de vin.

C... commet une erreur. D'après les renseignements fournis par sa femme, il est carrossier et n'a jamais exercé la profession de marchand de vin. Le malade paraît fatigué. L'interrogatoire prend fin.

C..., qui est alité, est observé chaque jour. Il n'est constaté aucune amélioration dans son état.

Au bout d'une semaine environ, une légère détente se produit. Avec beaucoup de difficulté le malade finit par nous apprendre qu'il ne s'est pas battu. Il prétend qu'un obus est tombé près de lui « il y a trois mois » et l'a rendu sourd. Il ajoute « qu'il entend mieux depuis quelques jours seulement. » Cependant, il ignore encore dans quelles circonstances et pour quelles causes il a été évacué. Il se rappelle toutefois avoir eu des hallucinations terrifiantes « les morts... le canon... » La nuit, l'esprit hanté par d'affreux cauchemars, il ne dormait pas. A ces troubles, se joignait l'ennui des siens et le chagrin de ne pas connaître son enfant, né depuis son départ. Il se souvient qu'il était très malheureux et qu'il pleurait souvent.

A la quinzaine, le malade a la même physionomie qu'à l'entrée et

se présente de la même manière. Comme il a reçu la visite de sa femme et de son enfant, nous lui demandons s'il a éprouvé du plaisir. Il répond simplement : « Oui. » Il est froid et paraît indifférent à tout ce qui l'entoure. Comme le jour de son entrée, il se lève tout à coup sans qu'on l'ait invité à le faire :

D. — Où allez-vous ?

R. — Je vais voir mon petit.

C... est toutefois mieux orienté. Il sait dans quel établissement il se trouve et indique la date du jour presque exactement. Il met quarante secondes pour trouver le produit 7×7 , mais répond sans commettre d'erreur.

Le malade parlant un peu plus facilement, nous en profitons pour obtenir de lui quelques renseignements sur ses antécédents personnels. Il nous apprend alors qu'avant la guerre il a souffert de maux d'oreilles et de troubles cérébraux pour lesquels il a été soigné à Amiens. Ces troubles sont apparus, prétend-il, à la suite d'une dispute avec sa femme. Du reste, il ajoute qu'il s'énervait facilement et avoue même qu'il faisait des excès de boisson. Selon lui, une de ses cousines aurait été internée.

Quelques jours plus tard, nous avons pu voir la femme du malade qui a contredit complètement les déclarations faites par son mari. C... était carrossier, et n'a jamais tenu de débit de boissons. Il n'a jamais souffert de troubles cérébraux, il était très sobre. Elle a appris qu'à Verdun il avait déclaré, comme il l'a fait ici, qu'il buvait, en moyenne, 3 ou 4 litres de vin par jour. Enfin, C... avait un caractère taciturne, emporté, jaloux.

Les visites fréquentes de sa femme ne contribuèrent pas à l'amélioration de l'état mental de C..., qui finit par la recevoir très mal, sans faire connaître le motif de cette manière d'agir, ce qui ne saurait être attribué qu'à son caractère jaloux.

Aujourd'hui, après six mois de séjour à l'asile, aucun changement n'est constaté dans l'état du malade, et même il va moins bien qu'à la quinzaine. Le malade, qui est levé, s'isole, ne parle à personne. Il est impossible de l'occuper. Il assiste indifférent et apathique à tout ce qui se passe autour de lui. La physionomie ne s'est pas modifiée. Nous essayons de l'interroger longuement et c'est alors qu'il nous paraît plus confus que jamais. On remarque dans ses réponses la même lenteur, la même hésitation, autant d'inexactitudes qu'au début. Il dit n'être ici que depuis deux mois,

et se croit en septembre alors que nous sommes en novembre. Il prétend avoir été mobilisé en juin et affirme que la guerre a été déclarée en 1913. C... a même oublié l'adresse exacte de sa femme. Il sait qu'elle habite Doullens, mais se trompe lorsqu'il s'agit de désigner le nom de la rue, qu'il nous a pourtant cité il y a plusieurs mois. Il indique tantôt la rue du Bourg, tantôt la place Saint-Michel, tantôt la rue de la Jonquière. Un détail est à signaler : le malade se lève à brûle-pourpoint, pour s'en aller, comme il l'a fait à chacun des interrogatoires qu'il a subis depuis son entrée.

OBSERVATION IX

(*Empruntée à MILIAN. L'Hypnose des batailles.*)

(*Paris Médical*, 2 janvier 1915.)

P... Édouard, âgé de vingt et un ans, boxeur à Paris, soldat au ...^e d'infanterie, est amené dans la nuit à l'hôpital Saint-Nicolas avec un convoi de blessés. Je le vois le lendemain matin 24 août, dans son lit, où il est couché sur le dos, immobile, les yeux grands ouverts, mais fixes, sans battement des paupières. On l'interpelle, on lui parle : pas de réponse. Il est impossible de lui arracher une parole, de lui faire faire un mouvement. Le bras soulevé retombe sur le lit, mais avec une certaine lenteur et non lourdement comme dans l'apoplexie. Mais il n'y a pas de catatonie : le bras soulevé retombe et ne reste pas dans la position où on l'a mis.

Un infirmier descend le malade de son lit et le met debout. P... reste droit dans l'immobilité absolue, les mains le long du corps, la tête penchée en avant, les yeux au sol dans la fixité la plus complète, comme dans une profonde méditation. On peut approcher brusquement le poing, une chandelle allumée, les paupières ne bougent pas ; il n'y a pas un battement, sauf parfois une légère esquisse d'un mouvement. Si on le pousse, il fait deux ou trois pas, toujours l'œil fixé au sol et la tête penchée en avant. Le seul mouvement spontané qu'il exécute, c'est de porter la main gauche en arrière, à son côté, comme pour y prendre sa baïonnette. Poussé contre son lit, il y est monté seul.

Le cœur et le poumon fonctionnent normalement.

Il existe au haut de la fesse gauche une contusion verdâtre de la largeur d'une paume de main, due à un éclat d'obus qu'il a reçu.

Le lendemain 25 août, le malade va déjà mieux. Il parle, tout en conservant la même attitude absorbée, le regard fixé au sol, la tête

baissée. Il raconte d'un ton monotone que son escouade reçut des shrapnells et qu'il vit tout autour de lui des camarades morts.

Le 27 août, le malade est entièrement réveillé et ne s'explique pas comment il est arrivé à l'hôpital. Interrogé sur les circonstances qui ont précédé, il nous raconte que son régiment étant bombardé depuis quelque temps par l'artillerie allemande, un obus éclata près de lui : il en reçoit un éclat à la fesse, dont nous voyons encore la contusion sans plaie, est projeté à terre par le vent de l'obus; son sac est arraché de ses épaules. Il perd connaissance un temps qu'il croit court, mais son régiment s'était déjà éloigné et il ne le retrouve pas. A proximité de Longuyon, il y passe la nuit et, dès le lendemain, cherche à nouveau son régiment. Un shrapnell éclate alors près de lui, et c'est à partir de ce moment qu'il a perdu tout souvenir.

Le 29 août, il retourne à son corps *sur sa demande expresse*.

Je dois noter que cet homme, parfaitement constitué, ne présentait aucun stigmat de dégénérescence ni d'hystérie. Il était dépourvu de tout antécédent morbide. Son père était mort d'accident; sa mère était morte de la poitrine. Il possède un frère bien portant.

OBSERVATION X

(MILIAN, *ibid.*)

M... Alfred, vingt ans, soldat au ...^e d'infanterie, employé au Crédit Lyonnais dans la vie civile, est amené le 24 août à l'hôpital Saint-Nicolas....

... On le met facilement debout ; mais une fois dans cette position, il y reste en se balançant d'avant en arrière et d'arrière en avant, la tête immobile, les yeux fixés au sol, vers le côté gauche. Par contre, il est dans un état de délire beaucoup plus accusé. Il ne répond pas, quand on lui demande son nom ou qu'on lui demande des détails sur sa vie passée, mais au contraire, dès qu'on le met sur le chapitre de la bataille, il se livre à une mimique des plus expressives, mais ne parle que très bas et par mots isolés et entrecoupés de soupirs.

« Qu'avez-vous fait au combat ? »

Comme réponse, il étend les bras en avant et décrit de la main un demi-cercle en dehors comme pour montrer l'étendue du champ de bataille, puis lance les mains en avant, un doigt tendu, en faisant « zi, zi » pour indiquer le sifflement des balles ; il s'avance en courant, les deux mains au devant de la poitrine, comme tenant un fusil pour la charge à la baïonnette, et disant : « Prussiens, Prussiens » ; il se jette à terre agenouillé en disant : « Tranchées, tranchées. »

« Avez-vous souvenance de la bataille ? »

« Belgique... Belgique... Allemands repoussés... » et il fait signe de la main, la paume en avant, comme les chassant devant lui. Puis : « Capitaine mort, 200 hommes morts... » Il fait un geste pour montrer la chute sur le côté, il soupire et des larmes coulent silencieusement de ses yeux.

Le 28 août, le mutisme est à peu près complet. On peut obtenir qu'il dise son nom, mais c'est tout. Il reste toujours étendu sur son lit, dans l'immobilité.

Le 4 septembre, l'hypnose diminue, mais, par contre, le délire est plus actif. Pendant la nuit, il s'est relevé et a cherché à s'échapper de la chambre pour relever les blessés. Dans la journée, s'il voit un homme étendu par terre, se reposant, il se baisse vers lui, le tâte en cherchant s'il est blessé et déboutonne sa capote. Si je suis là, il vient me chercher en disant : « Major ! blessé ! blessé ! » Et il m'entraîne en me tirant par ma blouse. On a toutes les peines du monde à l'empêcher de continuer. Il résiste tant qu'il peut, de tout son corps, bien qu'on lui dise que ce n'est pas un blessé, mais un dormeur, et qu'on fasse lever celui-ci pour le lui montrer.

Il faut toujours faire manger le malade comme un enfant. Il va à la selle seul.

16 septembre. — Depuis trois jours, on peut employer un peu M... aux soins du ménage. On l'emploie à balayer la salle et surtout à promener l'autre malade encore en état de somnambulisme complet et sur lequel il veille comme sur son enfant, qu'il conduit par la main et devant qui il écarte les obstacles et ouvre les portes.

C'est aujourd'hui seulement qu'il a repris conscience de lui-même. Subitement, il s'est retrouvé ; le réveil a été provoqué par un de ses « pays » qui lui a parlé de F..., son village, de ses parents. M... a repris dès lors subitement connaissance, étonné de se trouver à l'hôpital, étonné d'apprendre ce qu'il a fait pendant son séjour auprès de nous, et reprenant sa vie à sa dernière journée de bataille.

Je lui demandai de m'écrire le souvenir de la journée qui a précédé sa chute dans l'inconscient et on a pu lire dans le texte le récit touchant qu'il m'a remis et qui montre la grande sensibilité de son âme et l'importance du choc moral, facteur unique, sans aucun traumatisme physique, de l'état d'hypnose et de somnambulisme dans lequel il était tombé.

M... est bien constitué. Ayant 1 m. 77 de taille, il est bien proportionné ; il a un peu d'asymétrie faciale, de l'alopécie de la queue du sourcil, la soudure du lobule de l'oreille, le nez un peu aplati à la base et retroussé de la pointe, le faciès un peu adénoïdien, car il a la bouche constamment ouverte ; mais ce sont là les seuls petits accidents dystrophiques que j'aie pu relever chez lui. Il n'a aucun antécédent morbide ni mental. Ses parents sont sains. Je n'ai pu découvrir chez lui le moindre stigmate d'hystérie.

OBSERVATION XI

(*Communiquée par M. LE D^r CHARLES DE BAUDRE,
Médecin aide-major de 2^e classe*).

Eclatement d'obus. — Etat confusionnel constaté immédiatement après le choc.

D..., 35 ans, ancien cavalier au...^e régiment de dragons, versé dans une formation à pied. Pas de renseignements sur son hérédité ni sur ses antécédents personnels. Il est habituellement résistant aux fatigues et ses chefs l'ont coté : bon soldat, assez brave. En fin septembre, il subit avec sa compagnie un bombardement intensif dans les tranchées au nord de Massiges. Quelques heures après le début de ce bombardement, un obus éclate tout à côté de lui. Presque aussitôt, D... quitte son créneau, malgré les observations de son maréchal des logis, et va au poste de l'officier commandant le secteur. A son capitaine qui lui demande ce qu'il veut, D... fait un récit absolument incompréhensible où les mêmes mots se répètent et où il n'est question que de « Boches », de « cagna » et d'incendie. On le fait accompagner au poste de secours, où il se laisse docilement conduire. Il a une attitude prostrée, un masque d'hébété, les yeux complètement hagards et fixes. Il se laisse tomber sur un sac qui est à terre et redit continuellement : « M... le feu... les Boches... le feu... ils ont mis... dans la cagna... » (inexact, l'obus étant tombé dans la tranchée même et non sur l'abri désigné dans l'argot du front sous le vocable de « cagna. ») L'examen somatique, très sommaire en raison des circonstances et de l'affluence des blessés, permet pourtant au D^r de Baudre de constater que D... présente une cicatrice ancienne au-dessus du sourcil gauche avec enfoncement très marqué de la paroi crânienne. Dilatation des pupilles qui ne réagissent que très paresseusement à la lumière. Tremblement des membres supérieurs.

Pas de troubles des réflexes. L'interrogatoire traduit l'état confusionnel du moment.

D. — Quel est votre nom ?

R. — ... Les Boches... les Boches...

D. — Votre nom ?

(Le malade fait le geste de chercher son livret individuel dans sa poche, que ses mouvements maladroits l'empêchent du reste d'atteindre.)

D. — Quelle est votre compagnie ?

R. — ... Le feu... le feu dans la cagna...

On le menace de ne pas l'évacuer s'il ne répond pas aux questions qu'on lui pose. D... conserve la même attitude, se tait ou prononce automatiquement les mêmes mots.

D... levez-vous ! *(Il se lève)*... Partez ! *(Il s'en va, indifférent à ce qui l'entoure et même au sifflement de quelques balles.)* « Où allez-vous ? » *(Il s'arrête.)*

Le malade a été évacué sur l'arrière. Nous n'avons pu obtenir de renseignements sur son état ultérieur.

CHAPITRE II

NATURE DU SYNDROME SA NON-SPÉCIFICITÉ

Analogie des états confusionnels du champ de bataille avec les confusions mentales post-traumatiques et post-émotionnelles. — Symptômes fondamentaux : amnésie, apraxie, céphalée. — Le « syndrome commotionnel » de Mairet, Piéron et Mme Bouzansky. — Etats confusionnels associés à d'autres troubles morbides.

Les observations qui précèdent concernent des troubles psychiques ayant une étiologie et une symptomatologie analogues. Nous reviendrons plus loin sur la question étiologique : on a vu qu'il s'agit de traumatismes généralement physiques (explosion d'obus à faible distance), mais aussi émotionnels. Quant aux symptômes, ils se dégagent d'eux-mêmes de la lecture des faits que nous venons d'étudier. Aussi nous contenterons-nous d'en résumer la description.

Il s'agit de malades que, dès le premier examen, on reconnaît comme profondément troublés. Tantôt ils conservent un mutisme d'où les plus impérieuses sollicitations ne parviennent pas à les tirer. Tantôt, bien que ne parlant pas spontanément, ils répondent, mais avec difficulté, en cherchant leurs mots, aux questions qu'on leur pose. Tantôt, ils présentent une mimique dramatique, fuyant les ennemis

imaginaires ou leur livrant bataille. Dans tous les cas, les troubles fondamentaux sont identiques : l'attention est profondément atteinte, d'où la difficulté de l'interrogatoire ; la perception des objets extérieurs est défectueuse ; les malades sont désorientés aussi bien dans l'espace que dans le temps. Leur langage pénible, souvent obscur, traduit l'embarras qu'ils éprouvent pour coordonner leurs idées. Il existe une amnésie qui peut être d'abord totale, mais qui arrive rapidement à se limiter et à n'englober que les faits immédiatement postérieurs à l'accident.

A ces symptômes primordiaux peuvent s'en adjoindre d'autres, ceux-ci accessoires, et qui, s'ils modifient l'aspect du tableau clinique, n'en altèrent nullement les traits essentiels : ce sont des troubles sensoriels, en particulier des hallucinations visuelles et auditives ; ce sont aussi des phénomènes d'excitation, motrice et verbale, à caractère automatique.

A quoi correspond un pareil groupement de symptômes ? M. Milian, l'éminent syphiligraphe, qui a observé à Verdun, dès le premier mois de la guerre, des faits analogues (Voir *Observations IX et X*) a cru se trouver en présence d'une psychose nouvelle qu'il a appelée « l'hypnose des batailles ». Cette désignation, si elle est pittoresque, ne traduit nullement la réalité. M. Milian a surtout été frappé par l'aspect « somnambulique » de ses malades. « Le sujet, dit-il, est dans un état intermédiaire au coma et au sommeil... C'est un véritable état d'hypnose, analogue à celui des hystériques endormis par suggestion ou compression des globes oculaires. » Il est à peine besoin de faire remarquer combien cette analogie est superficielle. Sans parler de la facilité avec laquelle on réveille les sujets plongés dans l'hypnose, la caractéristique de pareils états, c'est la possibilité de les reproduire par suggestion. Nous ne trouvons, dans les observations de M. Milian, rien qui puisse faire penser qu'il ait obtenu avec ses malades de tels résultats. Il insiste, au contraire, sur leur retour *progressif* à la conscience. En

réalité, cet « état intermédiaire au coma et au sommeil a été décrit depuis longtemps sous le nom de « stupidité » par Georget, Ferrus et surtout par Delasiauve, dont on connaît la fameuse comparaison des stupides avec « ces hommes de l'*In exitu*, qui ont des yeux pour ne pas voir et des oreilles pour ne pas entendre ». Il s'agit donc de ce que les aliénistes modernes appellent confusion mentale avec stupeur. Quant à la « forme délirante » de M. Milian, elle correspond exactement, ainsi que l'a déjà noté M. le Pr Régis, à la confusion mentale avec délire onirique.

Nous n'avons donc nullement affaire, dans les cas que nous venons d'étudier, à une forme psychique nouvelle. Le fait était d'ailleurs à prévoir, étant données les constatations faites pendant les guerres antérieures. Il s'agit surtout, en l'espèce, de la guerre russo-japonaise, puisque c'est la première où l'on ait fait un essai d'assistance psychiatrique.

Si nous en croyons M. Cygielstrejch, qui a consacré une intéressante étude aux travaux inspirés par cette guerre aux psychiatres russes¹, ceux-ci n'ont nullement remarqué l'apparition d'une psychose spéciale. Seul M. Schaïkievitch² a remarqué, chez un grand nombre de soldats, un trouble psychique particulier, intimement lié à la vie de guerre. Voici la description qu'en donne M. Cygielstrejch³ : « Le malade est déprimé, taciturne. Son intelligence se trouve dans un état de torpeur ; il est comme abasourdi. Sur les questions posées il ne répond pas, ou répond par monosyllabes et avec de grandes pauses. Il s'isole et, la plupart du temps, reste au lit, l'expression du visage reste obtuse, le regard éteint, le pouls est robuste, la température du corps abaissée. Le malade s'oriente mal dans le temps et l'espace, le processus de l'association se fait avec lenteur ; parfois, mais très rarement, il est saisi par les

1. *Annales médico-psychologiques*, 1912, I., p. 420 et 257.

2. *Journal (russe) de médecine militaire*, 1907.

3. *Loc. cit.*

idées de persécution, d'auto-accusation, de pénitence, etc., mais toujours elles sont incoordonnées, incohérentes et entrecoupées. La mémoire s'affaiblit, l'esprit de combinaison diminue, les opérations logiques s'effectuent difficilement. Pas d'hallucinations. Toujours et partout le malade se plaint de vertige et de confusion des idées. La sensibilité est un peu émoussée, la force des réflexes déviée ; on peut aussi observer d'autres signes morphologiques de dégénérescence. Dans la plupart des cas, le malade se rétablit. » Notons tout d'abord que Schaïkievitch ne considère pas cette psychose, qu'il appelle *amentia depressivo-stuporosa*, comme une production de la guerre : il l'aurait observée en temps de paix ; seulement la guerre « a particulièrement souligné le caractère tout à fait spécifique de cette maladie » et pour Schaïkievitch, la cause immédiate doit être cherchée « dans les émotions du combat, dans la peur, dans la tension extrême de l'esprit et du corps que le soldat y a éprouvés, et enfin dans le choc psychique ou nerveux qui résulte de sa participation au combat, ou d'une grenade qui a éclaté à proximité. »

Pour notre part, nous avouons ne pas voir ce qui différencie le tableau précédent de la confusion mentale à forme asthénique. C'est également l'opinion de Cygielstrejch qui ajoute : « Nous croyons que (l'*amentia-depressivo-stuporosa* et la confusion mentale) sont rapprochées plus que leur nom ne le semble indiquer. » Soukhanoff critiquant également Shaïkievitch, affirme que, s'il a rencontré chez les soldats beaucoup de formes dépressives de psychoses, il n'en a pas vu une qui leur fut particulière. Il semble donc que la guerre russo-japonaise n'a pas fait apparaître une psychose spéciale. Ajoutons que la confusion mentale a été une des psychoses le plus fréquemment observées. C'est ce qui ressort du travail de Cygielstrejch, et c'est ce que rappelait récemment le P^r Régis.

Mais, dira-t-on, les explosifs dont on se sert dans la guerre actuelle sont d'une puissance qui n'avait été appro-

chée antérieurement que de très loin. N'y a-t-il pas là une condition toute spéciale, n'ayant jamais été réalisée, et susceptible, par suite, de se traduire par des effets entièrement nouveaux. Nous ne le croyons pas. Si puissante que soit l'explosion produite par un obus de gros calibre, par une torpille aérienne, par une mine, il existe des « précédents » si l'on peut ainsi s'exprimer. Telle est, par exemple, l'explosion du cuirassé *Iéna*. Or Laurès et Régis ont publié l'observation d'un « rescapé » de cette catastrophe, atteint précisément de confusion mentale avec hallucinations nocturnes terrifiantes. Le malade guérit en quelques jours, gardant comme reliquat une certaine obnubilation intellectuelle, et une amnésie lacunaire s'étendant du moment de sa chute à celui de son réveil à l'hôpital, le lendemain.

Les tremblements de terre, les éruptions volcaniques, les catastrophes minières, les accidents de chemin de fer, ont donné lieu à de nombreuses observations psychiatriques que nous pouvons prendre également comme éléments de comparaison. Tels sont, par exemple, les faits observés par Stierlin après la catastrophe de Courrières et les tremblements de terre de Valparaiso et de l'Italie du Sud ; les études de Neri, de d'Abundo, sur les sinistres italiens. Dans tous ces cas se trouve réalisée l'association de traumatismes extrêmement violents et d'émotions vives. Or aucun des auteurs précités n'a signalé l'apparition de formes psychiques nouvelles. Ici encore, la psychose la plus fréquemment observée a été la confusion mentale.

Nos observations ne font donc que confirmer un fait bien connu : l'apparition de confusion mentale après un choc traumatique et émotionnel. Mais si les commotions des batailles ne créent pas un syndrome spécial, du moins, devons-nous nous demander si ce syndrome ne présente pas, dans ses détails, quelques particularités qui lui confèrent une certaine spécificité.

M. le P^r Régis, dans l'article qu'il a consacré aux troubles

psychiques directement consécutifs à la bataille ¹, remarque que la confusion mentale des combattants diffère par certains points de la confusion mentale typique. Il insiste sur son début brusque, sur sa courte durée et surtout sur la constance de l'amnésie. Cette amnésie serait rarement à la fois lacunaire, rétrograde et antérograde. Dans les cas moyens, il n'y aurait qu'amnésie lacunaire portant sur une période plus ou moins longue consécutive au traumatisme, et encore ne s'agirait-il pas d'une amnésie véritable, mais bien plutôt d'une dysmnésie, d'une imprécision des souvenirs. « Ce n'est point la nuit complète, mais un crépuscule plus ou moins sombre. » Mais, pour Régis, ce qui paraît caractériser surtout l'amnésie consécutive à la bataille, c'est sa tendance à revêtir la forme de l'amnésie totale « s'étendant à la vie entière et ne laissant rien subsister dans l'esprit du sujet, ni son nom, ni son lieu d'origine, ni son âge, ni sa profession, rien en un mot des événements qu'il a vécus antérieurement ».

Un adjudant, évacué de Cambrai dans un état d'hébététe extrême qui se dissipa lentement, ignorait tout de lui et quand on lui demandait, par exemple, s'il était marié, il regardait son annulaire et se bornait à dire : « Je dois l'être, puisque voici mon anneau. » Régis a observé également d'autres cas où, au milieu de l'amnésie totale, émerge un seul souvenir : celui de l'événement qui a déterminé le shock. Tel est le cas, que nous reproduisons, d'un sous-lieutenant envoyé à l'hôpital militaire de Bordeaux, le 3 septembre 1914.

« Au moment de son arrivée, cet officier à la fois hébété et apeuré, offre une amnésie telle qu'il ne sait plus son nom, ni son âge, ni son lieu d'origine, ni son domicile, ni sa profession, ni s'il a des parents, s'il est marié, s'il est officier de l'active ou de la réserve, etc., etc. Il a beau

1. Régis. « Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre », *Presse Médicale*, 27 mai 1915, p. 177.

chercher, rien ne vient. Une seule chose subsiste dans sa mémoire : c'est la scène horrifiante à la suite de laquelle il est tombé dans l'état où il se trouve. Se repliant un jour par ordre avec sa section, après être resté longtemps sous les obus, il aperçoit un colonel d'artillerie et un lieutenant affreusement blessés, d'une pâleur mortelle, hissés sur un canon trainé par deux chevaux seulement. Il ordonne à ses hommes de pousser par derrière la pièce, car l'ennemi poursuit. Il est très saisi. A partir de ce moment, la nuit se fait dans son esprit ».

Dans les cas que nous avons personnellement recueillis, l'amnésie a été également un symptôme constant. Une seule fois il nous a été donné d'observer une amnésie totale *persistante*. Il s'agissait d'un jeune soldat de 23 ans, attaché comme infirmier à une ambulance de Soissons. Fortement impressionné par le bombardement et surtout par le lugubre spectacle des blessés qui affluaient à l'ambulance, il dut être évacué sur l'hôpital de C..., et ensuite sur l'asile de Clermont, le 16 janvier 1915. Il présentait alors des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, était extrêmement confus, s'agitait sans cesse, voulait fuir, etc. L'onirisme hallucinatoire céda rapidement, mais on constata alors que le malade était incapable de se rappeler son nom, son âge, son pays d'origine, sa profession, bref tous les détails de son existence antérieure. Cette amnésie totale persista pendant trois mois environ, le malade se montrant par ailleurs calme et docile.

Mais, dans la plupart de nos observations, ce que nous avons rencontré c'est, non l'amnésie totale, mais l'amnésie portant sur le fait immédiatement postérieur au traumatisme, s'étendant en somme sur toute la durée de la période confusionnelle. Nos sujets se rappellent le traumatisme lui-même, l'éclatement d'un obus, par exemple ; les uns ont senti un choc violent sur la tête ; d'autres sont enterrés en quelque sorte sous un éboulement de terre. Immédiatement après le choc, tout souvenir est aboli ; et il ne s'agit pas

d'une obtusion plus ou moins complète des souvenirs : c'est bien la « nuit totale ». Les malades sont incapables de se remémorer les faits qui se sont passés pendant les premières journées de leur séjour à l'hôpital ou à l'asile. Cette amnésie porte sur un espace de temps très court, trois à quatre jours, comme la confusion elle-même. Mais elle paraît définitive. Nos malades, plusieurs mois après leur accident, alors qu'ils étaient redevenus depuis longtemps parfaitement normaux, ont toujours constaté qu'il restait un « trou » dans leur existence.

A côté de l'amnésie, Régis signale, comme symptôme constant, l'onirisme hallucinatoire. Ce symptôme existait en effet chez un certain nombre de nos malades, mais non chez tous. Les sujets de l'observation I, II, en particulier, n'en ont jamais présenté. Leurs nuits furent toujours très calmes ; certes, ils rêvaient fréquemment de scènes de combats, mais ces rêves n'avaient aucun caractère pathologique. Quant à ceux qui présentaient du délire onirique, en particulier Al... et C... (*Observations III et IV*) il existait chez eux un appoint alcoolique indubitable. Nous ne prétendons nullement opposer ces faits à ceux de M. Régis, dont les onirisants étaient absolument sobres. Il est certain, comme l'a démontré le professeur de Bordeaux, que les hallucinations nocturnes terrifiantes ne sont nullement pathognomoniques de l'alcoolisme. Nous voulons dire simplement qu'à côté des états confusionnels avec délire onirique, les commotions du champ de bataille peuvent produire des confusions mentales simples, sans délire. Nous avons même cru, avant de lire l'article de M. Régis, et en nous basant sur notre expérience personnelle, que cette dernière forme était la plus fréquente.

M. le Pr agrégé Chavigny, qui a eu également l'occasion d'observer un grand nombre de confusions mentales chez les militaires, a insisté¹ sur une forme spéciale de con-

¹ Chavigny. Psychiatrie aux armées, *Paris Médical*, 23 octobre 1915, numéros 24, 25, p. 417.

fusion qu'il appelle aprocixie en raison du symptôme prédominant : l'impossibilité absolue pour le malade de fixer volontairement son attention sur un objet quelconque. Voici la description donnée par cet auteur :

« Très éveillé, tout au contraire de ce qui s'observe dans la confusion mentale, le sujet est à la merci de toutes les excitations qui lui viennent du dehors, mais aucune de ces excitations ne se transforme en impression et n'est le point de départ d'une sensation ou d'un travail cérébral.

Il y a là quelque chose de l'état mental du tout jeune enfant, qui successivement tourne ses regards vers tout ce qui brille, vers tout ce qui s'agite ou fait du bruit, mais encore faut-il remonter jusqu'à l'âge où l'enfant n'est pas même capable de sourire, et où son regard attiré par l'objet brillant ne se fixe pas sur lui.

Bien plus encore, cet état rappelle la mimique de certains oiseaux, qui, en cage, tournent incessamment la tête vers les bruits ou les mouvements du voisinage. L'absence chez l'oiseau de tout jeu de physionomie rend la comparaison encore plus exacte, car chez nos malades le masque restait rigoureusement impassible.

Observation. — Le soldat R..., du 13^e dragons, âgé de 25 ans, entre dans le service le 30 mai. Il est évacué du front pour troubles mentaux. Il semble qu'on soit en présence d'un automate dont il faille diriger tous les mouvements. Si on le tire par la main, il se lève, marche sans faire de résistance, sans protester ni de la voix, ni du geste.

Sur son visage, absolument impassible, ne se reflète la trace d'aucune opération intellectuelle, ni émotion, ni étonnement, ni attention. Cette figure est totalement dépourvue d'expression. Contrastant avec cette rigidité absolue du visage, les yeux au contraire sont extrêmement mobiles. Dès qu'un mouvement, un bruit se produit dans son voisinage, R... tourne les yeux et la tête de ce côté, mais le regard qu'il jette ainsi est bref, car instantanément les yeux se portent dans une nouvelle direction, attirés par un autre bruit, un autre mouvement; les yeux et la tête tournent

ainsi continuellement, à gauche, à droite, en un mouvement presque ininterrompu, et tout naturellement vient la comparaison avec les mouvements de la tête d'un oiseau qui, sans cesse, tourne, regarde, écoute mais qui, bien évidemment, ne réfléchit à rien. R... ne demande pas à manger, mais avale les aliments qu'on lui met dans la bouche; il boit à la tasse qu'on lui présente entre les lèvres. Il urine dans le vase, mais ne demande ni par parole, ni par geste, soit à manger, soit à boire, soit à uriner. Les excitations diverses sont sans effets; interpellé vivement: quel est votre nom? votre régiment? R... regarde un instant celui qui lui parle; immédiatement après ses yeux se reportent sur un autre point de la salle où un excitant quelconque appelle la vigilance de ses regards. Il est muet et ne semble pas sourd. Une faradisation assez intense appliquée sur un point quelconque du tégument (cuisses, abdomen) appelle pour un instant de ce côté son regard; même, de la main, il esquisse un mouvement de défense contre l'électrode qui l'excite ou l'épingle avec laquelle on le pique, mais ce geste ne dure qu'un instant, et il faut répéter vivement l'excitation pour qu'à nouveau le geste se produise, tout aussi fugitif.

Cet état d'indifférence absolue persiste pendant trois jours, puis peu à peu R... devient plus réellement attentif à ce qu'on lui dit, il fronce un peu le sourcil avant de riposter péniblement par un oui ou un non à la question qui lui a été posée; puis amélioration progressive; en l'espace de quatre ou cinq jours, il en arrive à pouvoir répondre assez couramment aux questions. Enfin il manifeste spontanément ses besoins, ses désirs; ses idées s'enchaînent à nouveau, soit provoquées, soit spontanées. Simultanément, son attitude et sa physionomie se modifient, et il n'a plus cet « aspect d'oiseau » par lequel nous caractérisions couramment son attitude du début. Le regard qui vient se fixer sur un objet, s'y arrête quelques instants, parfois longtemps, et on voit manifestement que les excitations extérieures provoquent des sensations, suscitent même des pensées. Enfin, la mémoire reparait peu à peu et le malade peut raconter son histoire:

Il était à La Grange-au-Bois dans un grenier au premier étage, lorsqu'il vit rapporter au cantonnement son commandant amputé d'un bras et d'une jambe. Il perdit connaissance et fit une chute de 3 mètres de haut, au travers de la trappe du grenier. C'est le

choc émotif-type compliqué de traumatisme. La chute fut assez amortie pour ne produire aucune lésion.

Lorsque, presque rétabli, il put traduire en détail ses impressions et son psychisme, une lacune très nette et très délimitée fut constatée dans ses souvenirs. Une amnésie absolue englobait toute la période de maladie.

Des troubles de mémoire identiques ont été constants dans tous les cas d'aproxexie observés par nous.

Chez R..., l'amnésie s'étendait à toute la période pendant laquelle s'étaient manifestés les troubles de l'activité générale. Il se souvenait de tout son passé éloigné, pouvait en raconter le détail jusqu'au moment où, à La Grange-au-Bois, il avait perdu connaissance et il se souvenait des causes de sa chute. A partir de ce moment, lacune complète s'étendant aux premiers soins qu'il avait reçus, à son voyage d'évacuation, son entrée à l'hôpital et à son séjour dans la salle ; en tout, une période globale de huit jours. »

Il est un symptôme que nous avons rencontré avec assez de fréquence pour qu'il nous paraisse mériter une mention spéciale. Nous voulons parler de la céphalée. Certes, nous n'ignorons pas que celle-ci figure en bonne place dans le tableau symptomatique de la confusion mentale. Mais on l'a signalée surtout, et notamment Régis, à la période prodromique de l'affection. Ici, rien de semblable, puisque nous avons affaire à des cas à début subit. La céphalée coexiste avec les signes caractéristiques de la confusion, et — ce qui nous a paru le plus remarquable — elle persiste une fois la confusion disparue. La plupart de nos malades, une fois revenus à l'état normal, ont continué à se plaindre de maux de tête, pendant un temps plus ou moins long. Notre maître, M. le Dr Pactet, qui a eu l'occasion d'observer, dans la région de Toul, de nombreux cas de confusion post-traumatique, nous a confirmé, dans une communication orale, la fréquence et la persistance de ce symptôme chez ses malades. M. le Dr Thibaud ¹ signale également que

1. Rapport médical sur le service des hommes de l'asile de Clermont, 1914.

les troubles intellectuels, chez les militaires atteints de commotion cérébrale du champ de bataille, lui ont paru suivis habituellement de sensations diverses « céphalées neurasthéniformes, courbature généralisée ou à forme hémiplégique, ou bien d'amnésie verbale légère, de vertiges, de tremblements, de cauchemars ».

Cette céphalée, chez nos malades, ne présentait pas de caractères spéciaux ; son intensité était variable ; habituellement elle était sourde, continue, n'empêchant pas toutefois le sommeil, et étendue à toute la tête.

Outre de la céphalée, nous avons également observé avec M. le Dr Thibaud des courbatures, des douleurs plus ou moins localisées ; mais ces symptômes nous ont paru beaucoup moins fréquents et surtout moins persistants que le premier.

Essayons maintenant de résumer les enseignements de cette étude symptomatologique. Pouvons-nous dire que parmi les signes que nous venons de passer en revue, il en est de véritablement spécifiques ? Nous ne le pensons pas. Amnésie, aprosexie, céphalée, peuvent être, comme nous venons de le voir, particulièrement accentués chez les militaires atteints de confusion par choc. Mais ces symptômes n'en existent pas moins dans les autres formes de confusion mentale. Il n'y a là qu'une question de degré, et cela ne nous paraît pas suffisant pour légitimer l'existence d'une entité nouvelle.

Nous aboutissons, en définitive, à des conclusions parallèles à celles des neurologistes qui ont étudié les troubles nerveux consécutifs aux traumatismes des batailles. Les phénomènes constatés par ceux-ci, quand il ne s'agit pas de troubles de nature organique, ne sont autres, en effet, que les accidents déjà décrits sous le nom de névrose traumatique, de sinistrose, d'hystéro-traumatisme. Quant à des formes cliniques nouvelles, il n'en est pas, à notre connaissance, fait mention.

MM. Mairet, Piéron et Mme Bouzansky ont cependant

décrit, dans trois communications à l'Académie de Médecine ¹, un « syndrome commotionnel » ayant son unité propre. Ce syndrome comprendrait : 1° Des troubles sensoriels, se présentant surtout sous la forme « hypo » : diminution ou abolition des sensibilités visuelle, auditive, olfactive, gustative, cutanée ; 2° troubles moteurs, particulièrement l'hyperexcitabilité, réflexe, tendineuse, musculaire, à prédominance fréquente sur une moitié du corps ; plus rarement des impotences fonctionnelles et des paralysies ; 3° troubles vaso-moteurs et splanchniques, avec céphalée et vertiges ; 4° troubles affectifs (diminution des sentiments altruistes et familiaux, exagération des sentiments égoïstes avec instabilité et frayeur ; 5° troubles associatifs : trouble de la mémoire d'évocation, inertie intellectuelle, suractivité imaginative, avec rêves, hallucinations conscientes, délire hallucinatoire ; 6° troubles des fonctions d'appréhension (attention, mémoire de fixation, impossibilité de l'effort mental).

Si nous analysons ce syndrome en apparence si complexe, qu'y trouvons-nous ? D'une part, des troubles nerveux, troubles que l'on a accoutumé de ranger sous la rubrique hystérie ; de l'autre, des troubles confusionnels. Certes, l'objection n'a pas échappé à MM. Mairet et Piéron ; ces auteurs conviennent eux-mêmes que, dans leur syndrome commotionnel global, ils retrouvent tous les troubles qui ont été signalés depuis de longues années à la suite des traumatismes ou des émotions violentes... « et en particulier au cours de guerres récentes ». Mais pour légitimer leur conception, ils prétendent que les auteurs qui ont étudié les troubles nerveux post-traumatiques ont rarement remarqué, « peut-être par suite d'une recherche et d'une observation insuffisantes », les troubles intellectuels. Il nous paraît que c'est là une affirmation un peu hasardeuse. Les troubles nerveux consécutifs aux chocs des batailles, peuvent exister

1. Séances des 1^{er}, 15 et 22 juin 1915.

seuls ; les nombreuses études parues à ce sujet, depuis la guerre, et dont certaines sont dues à des neurologistes habitués à l'examen mental, le prouvent. D'autre part, les troubles psychiques dus aux traumatismes de la guerre peuvent exister seuls, sans troubles nerveux surajoutés, ainsi que le montrent, entre autres, nos observations. Que deviennent dès lors les « coexistances constantes » notées par MM. Mairet et Piéron. Certes, nous sommes loin de nier les coexistances ; nous en avons rencontré également. Qu'est-ce à dire sinon qu'il peut y avoir, dans certains cas, des associations de troubles nerveux et de troubles psychiques. Il n'est pas interdit à un hystérique, par exemple, de faire de la confusion mentale. Nous considérons donc les faits signalés par MM. Mairet et Piéron, non comme un syndrome nouveau, mais comme l'association de deux syndromes connus. On jugera si notre interprétation est exacte en examinant l'observation-type de ces auteurs que nous reproduisons ci-dessous :

Le 15 décembre, assis derrière un mur, se trouve un groupe d'hommes, dont un sous-lieutenant, un sergent-fourrier, un sergent-major et un homme de liaison, Ab... ; un obus de 105 millimètres passe à travers le mur et vient éclater au milieu d'eux, les tuant et blessant grièvement, sauf deux : le sous-lieutenant qui perdit connaissance environ un quart d'heure et n'eut par la suite que des céphalées assez violentes pendant quelques jours, et qui put donner ces détails, et le soldat Ab... Ce dernier, quand son chef reprit ses sens, se trouvait debout, l'air égaré, regardant les morts ; appelé par son nom, il eut un sursaut et s'enfuit en pleurant et en criant ; il fallut l'attraper et l'enfermer dans une cave. Très égaré, il gardait encore un reste de lucidité ; il reconnaissait son chef sans pouvoir trouver son nom, répondait par « oui » ou par « non » ; mais, de temps en temps, inquiet, il demandait « où est l'autre ? ». Le lendemain, il pleurait tout le temps, et on ne pouvait plus en tirer un seul mot. Evacué alors dans une série d'hôpitaux, puis envoyé en convalescence chez sa sœur, à Montpellier, ayant retrouvé le langage, il est pris d'une crise de peur dans la rue, est ramassé

par la police, et amené, le 21 janvier, à l'hôpital général. Il ne peut parler, il parvient avec peine à écrire, trouvant difficilement les mots ; il marche à pas lents, courbé, les yeux démesurément ouverts, avec la physionomie de la terreur ; il recule avec des gestes de défense, et une allumette qu'on enflamme le fait fuir en pleurant. Il a des bourdonnements d'oreilles, des vertiges et une certaine surdité, un peu de rétrécissement du champ visuel, surtout à gauche, de l'hypoesthésie (pour toutes les sensibilités cutanées) avec hypoalgésie sur le côté gauche du corps, et de l'hyperalgésie à droite, avec une série de points douloureux à la pression (épigastrique, inguinal, sus et sous-mammaire gauches), de l'hyperexcitabilité réflexe musculaire généralisée, tendineuse à droite. Il se produit de temps en temps des secousses dans les membres. La mémoire est très atteinte ; l'évocation des faits anciens est très difficile et très confuse ; il y a, concernant l'accident et tout ce qui s'est écoulé depuis lors, une lacune complète, la fixation est à peu près nulle. La représentation figurative est impossible. Il y a des cauchemars avec réveil en sursaut. Au bout de quelques jours, Ab... peut difficilement prononcer son nom, prononcer « oui » et « non ». Il survient alors (4 février), une crise appendiculaire, et à nouveau le mutisme redevient absolu ; il dure encore en mai malgré divers efforts de thérapeutique suggestive. A cette date (10 mai), la lacune consécutive à l'accident ne se comble pas, les souvenirs anciens se complètent progressivement, l'évocation figurative se fait mieux. La fixation est toujours assez difficile et l'évanouissement assez rapide ; les cauchemars sont plus rares ; il y a encore des secousses musculaires. On note de la surdité tonale. La prédisposition névropathique ne se décèle que par l'existence de convulsions infantiles chez deux sœurs et crises de nerfs ultérieures chez l'une d'elles, l'autre étant décédée en bas âge ; pas d'antécédents apparents.

Nous retiendrons donc de ce qui précède que, si la confusion mentale consécutive aux commotions des batailles peut exister seule, elle peut aussi s'associer à d'autres troubles, en particulier à des troubles nerveux. Voici encore un exemple de cette association, que nous devons à l'obligeance du Dr Latreille.

N..., 25 ans, soldat au ...^e régiment d'infanterie, évacué sur l'hôpital de ..., pour commotion cérébrale, entré à l'asile de Rennes le 23 février 1915.

Dans le certificat immédiat, le Dr Latreille constate que N... « paraît atteint de troubles mentaux caractérisés par de la confusion mentale à forme anxieuse, par une émotivité excessive, voisine de la panophobie. Sans qu'il paraisse exister de lésions organiques, le malade présente de l'hyperesthésie superficielle et profonde généralisée, de la spasticité, de l'impossibilité de marcher, de se tenir debout, etc... Les impressions périphériques vives exagèrent tous ces troubles. Malgré la forme stéréotypée de quelques réactions, il s'agit vraisemblablement encore d'une psychose aiguë. »

Ces troubles psychiques disparaissent en quelques jours. Les troubles nerveux au contraire persistent plus longtemps. Pourtant, après rééducation, le malade se remet à marcher (juin 1915).

Le retour à l'état normal est alors complet; N... est entièrement lucide, mais reste pourtant émotif, irritable. Il est pris environ tous les quinze jours d'une crise convulsive. Cette crise est habituellement nocturne et de longue durée. Convulsions surtout cloniques. Cris. Attitudes passionnelles. Ecume aux lèvres. N'urine pas sous lui. Ne s'est jamais mordu la langue. Amnésie complète de la crise.

Pendant la période qui précède les accidents convulsifs, l'irritabilité du malade s'exagère. Il devient taciturne et s'isole.

Juillet. — Cet état ne s'est pas sensiblement modifié.

Ces associations de la confusion mentale avec d'autres manifestations morbides sont des plus variables. Aussi n'essaierons-nous pas de les passer toutes en revue. La plus fréquente paraît être celle dont nous venons de parler et où coexistent des troubles confusionnels et des troubles nerveux divers (sensitifs, moteurs, sensoriels). En règle générale, ceux-ci persistent plus longtemps que les premiers, mais cèdent cependant à une thérapeutique appropriée (suggestion). Citons également (*voir Observation VII*), comme fréquente l'association de confusion mentale et de mélancolie, ce qui n'a rien que de très rationnel, le syn-

drome mélancolique étant un de ceux qui ont été le plus souvent constatés dans les guerres. C'est ainsi que M. le Pr Régis ¹ a constaté dans la deuxième série de cas qu'il a observés, « une prédominance plus grande des psychoses mélancoliques à délire d'auto-accusation militaire associées à de la confusion. »

Citons enfin l'association de confusion mentale par choc et de troubles d'origine éthylique. Mais ici il ne s'agit pas d'association entre troubles psychiques nettement différents puisque l'alcoolisme se traduit, entre autres, par des symptômes confusionnels. Il y a superposition de deux causes produisant des effets analogues. On conçoit qu'alors ces effets soient particulièrement accentués. Nous avons déjà signalé que, dans ces cas, le délire onirique se manifeste avec une intensité remarquable.

1. *Loc. cit.*, note de la page 178.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES ET RÉACTIONS ÉVOLUTION. DIAGNOSTIC

Deux grandes variétés : asthénique, hallucinatoire, avec chacune, leurs réactions appropriées. — Mode habituel d'évolution : disparition rapide de la confusion. — Relation entre la durée des troubles mentaux et la prédisposition du sujet. — Les récidives. — Diagnostic différentiel. — La question de la simulation. — Diagnostic causal.

Les différents auteurs qui ont étudié la confusion mentale, bien que certains d'entre eux aient multiplié les catégories, sont d'accord pour distinguer deux formes principales¹ : la forme asthénique et la forme hallucinatoire. Chez les militaires commotionnés, nous retrouvons ces deux grandes variétés et il serait aisé de les subdiviser, en tenant compte de l'intensité plus ou plus moins grande des phénomènes et de la prédominance de certains symptômes. Quant à la fréquence de ces deux formes comparées entre elles, il serait vain d'essayer de l'établir en partant de notre expérience personnelle : un tel travail doit être basé sur des statistiques étendues qu'il n'est pas en notre pouvoir de

1. Cf. Anglade. Art. : Confusion mentale, In *Traité* de Gilbert-Ballet, p. 365.

dresser. Nous avons déjà noté que, chez les traumatisés ayant fait antérieurement des excès d'alcool, la confusion revêt de préférence la forme hallucinatoire. Emprasons-nous d'ajouter, avec le P^r Régis, que l'onirisme hallucinatoire se rencontre chez des sujets indemnes de toute imprégnation alcoolique.

Il est intéressant de rechercher quelles sont, sur le champ de bataille, les réactions des commotionnés. *A priori*, on conçoit qu'elles doivent varier avec la forme clinique de la confusion : c'est un truisme de dire qu'un apathique ne réagit pas comme un anxieux. Ce qui caractérise les confus à forme asthénique, c'est précisément l'absence de toute réaction : après la commotion, ils demeurent inertes, incapables d'un effort, et les brancardiers doivent les relever et les transporter au poste de secours, sans qu'ils puissent s'aider eux-mêmes¹. Dans d'autres cas cependant, ainsi que le signale Régis², l'effet du choc traumatique n'est pas immédiat : le commotionné peut exécuter quelques actes sous l'influence de l'instinct de conservation. « Ce n'est qu'après ce pénible effort et lorsqu'il est hors de danger, qu'il s'abandonne en quelque sorte et qu'apparaissent dans toute leur intensité les phénomènes d'inhibition. »

Les confus agités et hallucinés nous ont paru réagir suivant trois modes principaux :

Dans le premier cas, les malades absolument inconscients du danger errent de côté et d'autre, s'offrant aux coups de l'ennemi : tel est, par exemple, le cas d'un malade que nous avons examiné et qui, tout en exprimant sa crainte des « Boches », escalade le talus de la tranchée, se mettant ainsi complètement à découvert.

1. Dans certains cas, il doit y avoir perte de connaissance déterminée par le choc de l'explosif. Nous employons à dessein cette formule dubitative, puisque la plupart de nos malades n'ont pu être observés immédiatement après l'accident. MM. Sollier et Chartier affirment que la perte de connaissance est « un phénomène d'ordre général et presque constant » dans la commotion par explosifs. Elle peut manquer cependant.

2. *Loc. cit.* Note de la page 178, col. 3.

Les malades de la seconde catégorie présentent des hallucinations terrifiantes, se croient entourés d'ennemis. Pour se défendre, ils frappent, tirent au hasard, pouvant ainsi tuer ou blesser les soldats qui se trouvent à leur côté. Un de nos malades, au début de son accès confusionnel, avait mis en joue un de ses camarades, mais put être désarmé à temps.

Enfin le troisième type de réaction est constitué par la fugue confusionnelle. M. Barat ¹ en a publié un remarquable exemple. Le sujet, sergent rengagé au début de la guerre, était arrivé rapidement, grâce à sa vaillante conduite au feu, au grade de sous-lieutenant et était proposé pour la médaille militaire. Après plusieurs jours d'une lutte très dure, il est chargé de mener à l'assaut une compagnie décimée, privée de ses sous-officiers, démoralisée par un échec. La veille de l'attaque, son fourrier le trouve étrange et inquiet ; il se retire à l'écart, pleure sans motif et ne parle à personne. Le lendemain, tandis qu'il attend l'ordre de charger, il paraît encore nerveux et désorienté. L'ordre vient, mais concerne un autre bataillon que le sien. Il s'écrie que, puisque l'attaque se fait par le 3^e bataillon, il doit, lui, rejoindre un bataillon et prendre part à la charge. On doit le retenir de force et le faire coucher ; le jour suivant, le fourrier l'envoie au commandant, celui-ci l'adresse au poste de secours. C'est ici que se place la fugue. L'officier marche devant lui, au hasard, sans pouvoir dire ensuite par où il est passé. Il se souvient seulement d'être entré dans une maison et il se trouve ensuite brusquement au milieu de gendarmes. Dès ce moment, il reprend pleinement conscience. Chez ce sujet sans aucune tare, la crise onirique est déterminée, comme le démontre M. Barat, par des facteurs émotifs.

Les faits de ce genre sont particulièrement intéressants

1. Barat. Une fugue confusionnelle en temps de guerre. *Journ. de Psychol.*, novembre-décembre 1914, p. 455.

au point de vue médico-légal. Ils entraînent, pour leurs auteurs, l'inculpation de désertion devant l'ennemi. Il ne saurait être question de sanction pénale. Mais, quand il s'agit d'officiers, une autre question se pose. Comme le fait remarquer fort justement M. Barat, les grades ne récompensent pas seulement la bonne volonté et le dévouement ; ils consacrent les capacités intellectuelles et morales. Un officier qui, sous l'influence d'un choc émotif, fait un accès confusionnel et s'enfuit, s'est-il montré au-dessous de sa tâche et ne mérite-t-il plus son grade ? M. Barat se prononce pour l'affirmative et approuve la décision prise par l'autorité militaire dans le cas cité plus haut : la rétrogradation de l'officier.

Évolution. — Dans la grande majorité des cas que nous avons eu l'occasion d'observer, les symptômes confusionnels ont disparu très rapidement (après quatre à six jours, en moyenne). Le pronostic de l'accès est donc très favorable. La guérison se fait progressivement en règle habituelle ; dans quelques cas, le rappel des souvenirs peut être déclenché brusquement par un mot, un bruit familier, la présentation d'un objet, etc.

Il était logique de penser que chez les sujets présentant des tares psychiques héréditaires ou personnelles, l'évolution ne présenterait pas un caractère aussi favorable. L'observation nous a permis de confirmer cette vue théorique. Chez le malade de notre observation V par exemple, qui est un débile à hérédité vésanique, la période confusionnelle s'est prolongée pendant deux semaines. Les recherches que nous avons faites sur ce point particulier nous ont donné des résultats à peu près constants. Nous sommes donc autorisés à dire que la durée des troubles confusionnels chez les commotionnés du champ de bataille est en rapport avec la prédisposition héréditaire du sujet.

Ces malades, une fois guéris de leur accès confusionnel, quel sera leur avenir mental ? Il nous est impossible de

répondre, dès maintenant, à une pareille question. Celle-ci ne pourra être élucidée, on le comprend, que par des observations longtemps prolongées. Il serait en tout cas téméraire d'affirmer que, dans tous les cas de guérison, il y a eu *restitutio ad integrum*. On sait en effet que les traumatismes peuvent produire des troubles psychiques éloignés ; on a décrit une démence consécutive aux traumatismes crâniens. On connaît aussi une démence post-émotive. Sans aller jusque-là, on a vu, après les grands sinistres, des troubles préexistants de l'intelligence succéder à la confusion du début. « Plusieurs mineurs de Courrières, revus fort longtemps après la catastrophe, étaient non seulement incapables de travailler, mais ne montraient qu'une activité réduite au minimum nécessaire à la vie domestique. Chez beaucoup de sujets, l'initiative, l'énergie, l'activité sociale ont disparu définitivement ; et ce qui monstre bien que cette déchéance de la volonté n'est point une conséquence de la psychose aiguë confusionnelle, c'est qu'elle se montre fréquemment comme une suite immédiate et isolée du choc émotif. Suivant Stierlin, beaucoup de victimes du tremblement de terre de Valparaíso avaient perdu le goût de la vie et du travail, même sans avoir présenté aucun autre symptôme morbide ¹ De pareilles constatations doivent nous préserver d'affirmations trop absolues en matière de pronostic. Nous avons tenu, dans cette ordre d'idées, à rapporter l'histoire d'un malade (*Observation VIII*) chez lequel les troubles psychiques persistent depuis plusieurs mois sans aucune amélioration.

Dès maintenant, ce qu'il nous a été donné d'observer, c'est la possibilité de récidives. Trois de nos malades (*Observations I, III, V*), avaient déjà présenté une commotion antérieure. Et, chose remarquable, dans les trois cas, le premier accès confusionnel a été de durée plus courte

1. Ségas et Barat. Le rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales. *Journ de Psychol.*, 1913, p. 101.

que le second. Certes, nous nous garderons bien de tirer de ce nombre restreint d'observations des conclusions ayant une portée générale. Nous en retiendrons simplement que la récidive est possible (l'observation VII en est un très bel exemple), quand les malades se retrouvent dans des conditions analogues à celles qui ont provoqué l'apparition du premier accident. Nous verrons plus loin quelles déductions pratiques il convient de tirer de ces faits.

Chez un autre de nos malades (*Observation I*), la confusion avait disparu en quelques jours et le retour à l'état normal paraissait complet. Or, deux mois plus tard, sous l'influence, semble-t-il, de la chaleur lourde d'un jour d'orage, il se produisit chez ce sujet un accès épisodique d'excitation, d'ailleurs consciente. Il semble qu'il y ait eu dans ce cas, pour employer l'expression de Mairet et Piéron, une véritable anaphylaxie, et que le choc primitif ait déterminé une prédisposition à des accidents ultérieurs.

Diagnostic. — Le *diagnostic différentiel* des états confusionnel du champ de bataille n'est autre chose que celui de la confusion mentale en général. Les éléments de ce diagnostic ont été maintes fois exposés, par Chaslin et par Ségas, entre autres. Aussi, n'y insisterons-nous pas. Rappelons simplement que, pour la forme asthénique il se posera surtout avec la mélancolie, tandis que pour la forme délirante, il devra être fait principalement avec le délire d'emblée des dégénérés; dans tous les cas, avec la paralysie générale. Rappelons aussi qu'il peut y avoir des cas mixtes, et en particulier association de mélancolie et de confusion mentale. (Notre malade de l'observation VII rentre dans ce dernier cas.)

La question de la *simulation* ne doit jamais être négligée dans le diagnostic des psychoses de guerre. Cependant, elle ne pourra guère se poser dans les cas de confusion d'intensité moyenne. Ce qui caractérise en effet essentiellement le simulateur, c'est l'exagération, l'outrance des symptômes.

Nous ne croyons pas qu'un simulateur puisse jamais imiter ces malades qui font visiblement preuve de bonne volonté, dont les efforts arrivent d'ailleurs à des résultats, puisqu'à côté des réponses négatives, ils en font de temps à autres, de plus précises. Le simulateur ou ne répond pas du tout, ou répond sans cesse à côté.

La confusion avec stupeur, au contraire, peut donner lieu à simulation. Il est difficile toutefois à un simulateur de revêtir vraiment là le masque hébété du stupide, ou de conserver sans cesse cette expression : tôt ou tard il se trahira. En tout cas, l'évolution fixera le diagnostic, les commotionnés sortant en général rapidement de cet état.

La simulation du délire onirique donne lieu aux mêmes remarques. Un simulateur réalisera difficilement le tableau de l'individu en butte à des hallucinations multiples. D'autre part un pareil délire, survenu sans cause avérée, serait des plus suspects. Ici encore, le diagnostic se fait par les commémoratifs, les signes concomitants, l'évolution.

Quant aux « exagérateurs » signalés par plusieurs des auteurs qui ont étudié les psychoses de la guerre, nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer parmi nos confus, et nous pensons que l'exagération de la confusion mentale doit être rare.

Diagnostic de la cause. — Le syndrome confusion mentale étant reconnu, il s'agira d'établir à quel type clinique il appartient, en d'autres termes d'en rechercher la cause. En pratique un tel diagnostic se posera assez rarement, puisqu'on est généralement renseigné sur la façon dont l'état confusionnel est apparu (éclatement d'obus, de mine, etc.). Quand les commémoratifs manquent, le diagnostic se fera par élimination. Tout d'abord, on éliminera facilement la confusion due aux infections et auto-intoxications (typhoïde, urémie, etc.), où le syndrome n'a pas le début brusque de la confusion post-traumatique, et où il s'accompagne des signes physiques de l'affection causale.

C'est également par l'absence de signes physiques que l'on éliminera le délire d'épuisement ; chez les confus par choc, on ne constate en effet, ni amaigrissement, ni troubles digestifs, ni troubles circulatoires. Plus délicat sera le diagnostic avec la confusion épileptique et alcoolique ; dans le premier cas, la présence de morsures à la langue, de cicatrices sus-orbitaires, d'acné bromique, dans le second cas, les particularités du délire, la zoopsie, donneront des indications précieuses. Rappelons enfin que le diagnostic peut se compliquer par l'association de plusieurs causes de confusion : d'une part, traumatisme, de l'autre, alcoolisme, épilepsie, etc...

Dans tous les cas l'évolution donne la clef du diagnostic. Nous avons vu, en effet, que les commotionnés reprennent en général rapidement conscience, et qu'alors ils se remémorent bien l'accident causal, l'amnésie ne portant que sur la période consécutive.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Fréquence des prédispositions neuro-psychiques chez les commotionnés. — Rôle du traumatisme, de l'émotion. — L'atteinte des centres nerveux est-elle fonctionnelle ou organique?

La prédisposition héréditaire se retrouve à la base de l'immense majorité des troubles mentaux. En est-il de même dans les confusions du champ de bataille? En d'autres termes, à côté de la cause occasionnelle qu'est le traumatisme, existe-t-il une cause prédisposante, l'hérédité?

M. le P^r Régis, qui s'est livré à une enquête minutieuse sur les antécédents des militaires traités dans son service, a constaté que la prédisposition observée chez les malades atteints de confusion mentale est à peu près constante; pour Régis, il ne s'agit d'ailleurs pas de la prédisposition vésanique, mais bien de la prédisposition émotive. M. Roger Dupouy, qui a été chargé d'un service d'observation neuro-psychiatrique à la 5^e armée, a noté également, que la majorité de ses malades étaient des héréditaires, ou des malades déjà traités pour leur affection nerveuse ou mentale. M. le P^r Grasset, pour qui les antécédents personnels et héréditaires ont peu d'importance dans le développement des psycho-névroses de guerre, croit au contraire que

l'élément personnel et héréditaire, joue un rôle absolument capital dans les « psychoses de guerre. » Pour MM. Mairét et Piéron, si la prédisposition apparaît le plus souvent dans l'hérédité et les antécédents du malade, il faut reconnaître qu'elle est parfois muette.

Notre enquête personnelle sur l'hérédité de nos malades nous a donné des résultats variables. Dans de très rares cas, elle s'est montrée négative. En règle générale, nos observations concordent avec celles de Régis : nos malades étaient pour la plupart non des prédisposés vésaniques, mais des prédisposés nerveux (Voir notamment *Observations I, II, III, IV*). D'autre part, nous avons constaté, en étudiant l'évolution, qu'il existait un rapport contre la lourdeur de la tare héréditaire et la durée du trouble confusionnel.

Il semble donc que l'hérédité soit dans la plupart des cas nécessaire pour expliquer l'apparition de la confusion. Le choc à lui seul ne suffirait pas. Dès lors, comment le choc agit-il ?

Avant d'essayer d'élucider le mécanisme de la confusion, remarquons que nous avons employé jusqu'ici les mots choc, traumatisme, dans un sens très général, en le comprenant à la fois au sens physique et au sens psychique. Est-il possible de dissocier les deux phénomènes et de dire ce qui revient au traumatisme et à l'émotion dans la genèse des accidents. La plupart des auteurs qui ont étudié les psychoses de guerre attribuent une action prépondérante à l'émotion-choc. Régis déclare que le traumatisme moral n'a manqué chez aucun de ses malades. L'élément émotionnel est également prépondérant pour Grasset, Déjerine. Nous pencherions plutôt vers l'opinion contraire, pour la raison suivante : La plupart de nos malades ont été commotionnés par l'explosion d'obus à faible distance. Or, tous étaient des hommes aguerris par plusieurs mois de campagne, ayant eu très souvent l'occasion de voir des explosions semblables se produire non loin d'eux, et n'y prêtant guère attention, selon leur propre expression. Il est donc

logique d'admettre que l'émotion n'a pas dû entrer en ligne de compte chez eux. Mais il ne s'agit là que d'une hypothèse et les renseignements donnés par les malades eux-mêmes sont très imprécis pour qu'on puisse en tirer des conclusions fermes.

A vrai dire, cette question est de peu d'importance si l'on remarque que le traumatisme et l'émotion donnent naissance aux mêmes troubles psychiques, en l'espèce à la confusion mentale. Il existe de nombreuses observations de cas « purs » dus nettement les uns au traumatisme, les autres à l'émotion et qui ont permis de constater l'identité des phénomènes produits par ces deux causes. D'autre part, les expériences récentes de M. Crile sur l'épuisement ¹ tendent à montrer que le traumatisme physique et le traumatisme psychique ont le même mécanisme et produisent les mêmes modifications organiques. On conçoit, dès lors, qu'il devient inutile de rechercher lequel des deux chocs, joue le rôle prépondérant dans l'apparition des accidents.

Quel est maintenant le mécanisme de ces accidents. Lorsqu'on étudie la symptomatologie des confus par choc, on voit que le trouble fondamental consiste — comme d'ailleurs dans toutes les variétés de confusion — dans l'impossibilité où se trouve le malade de coordonner entre elles, les sensations, les images qu'il perçoit. Les opérations supérieures sont toutes abolies ; seules persistent les fonctions automatiques. Suivant l'expression de Séglas et Barat ², il y a diminution de l'action frénatrice des centres supérieurs, tandis que l'action des centres d'associations automatiques s'exerce sans frein.

Quelle est la condition physiologique de ce trouble fondamental, étant donnée la disparition rapide des accidents. On pourrait penser qu'il s'agit d'un simple trouble fonction-

1. Crile. Recherches expérimentales sur l'épuisement. Société de Biologie, 19 février 1915.

2. *Loc. cit.*, p. 109.

nel, d'autant plus que les mêmes causes produisent également, comme nous l'avons vu, des phénomènes d'hystéro-traumatisme qui cèdent rapidement à la suggestion. Pourtant M. Ravaut¹ a publié un certain nombre d'observations de troubles nerveux et psychiques passagers déterminés par l'explosion d'obus, sans plaie extérieure; or, l'examen du liquide céphalo-rachidien montrait que les accidents étaient en rapport avec des lésions organiques du système cérébro-méningé. Ces constatations sont à rapprocher des études expérimentales de M. Crile que nous citons tout à l'heure.

D'après ces expériences, les émotions intenses, le choc traumatique, produisent une acidose aiguë (enrichissement du sang en ions H), d'où lésions histologiques dans le cerveau, les capsules surrénales et le foie. L'acidité du sang inhibe la région motrice du cerveau; cette inhibition entraîne une augmentation de l'acidité du sang. Par contre, cette acidité excite la moelle.

Devons-nous conclure de ces faits que la notion d'atteinte fonctionnelle des centres nerveux doit disparaître? C'est ce que font MM. Sollier et Chartier² qui partent de là pour battre en brèche les théories psychologiques de l'hystérie et édifier une théorie physiologique. MM. Mairét et Piéron, quoique plus réservés, tendent à se ranger à cette opinion. Remarquons cependant que les observations faites sur ce sujet sont loin d'être concordantes. C'est ainsi que MM. Roussy et Boisseau³ examinant le liquide céphalo-rachidien de 19 sujets ayant présenté des troubles neuropsychiques après éclatement d'obus de gros calibre, ont trouvé 17 résultats négatifs. Chez 2 malades présentant la confusion mentale, ils ont constaté une légère hyperalbuminose chez le premier, une légère lymphocytose chez le

1. Ravaut. Etude sur quelques manifestations nerveuses déterminées par le « vent de l'explosif ». Académie de médecine, 22 juin 1915.

2. Sollier et Chartier. La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. *Paris médical*, 23 octobre 1915.

3. *Presse médicale*, 11 novembre 1915.

second. En présence de résultats aussi dissemblables, nous croyons qu'il ne faut pas trop se hâter de conclure. Pour nous, nous nous en tiendrons à une opinion moyenne que nous formulerons ainsi :

Les traumatismes physiques et émotionnels du champ de bataille paraissent agir de deux façons différentes, tantôt en déterminant des accidents purement fonctionnels, tantôt en créant des lésions organiques de l'axe cérébro-spinal.

CHAPITRE V

TRAITEMENT. — HOSPITALISATION CONSIDÉRATIONS MÉDICO-MILITAIRES

Thérapeutique physique et morale de la confusion. — La question de l'hospitalisation : Hôpital ou asile ? — Utilisation ultérieure des commotionnés.

Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement des états confusionnels dus aux traumatismes de guerre : Il n'est qu'un cas particulier de celui de la confusion mentale proprement dite. C'est une thérapeutique à la fois physique et morale dont les règles ont été trop nettement formulées par Sauze pour qu'il soit utile d'y apporter des modifications notables.

D'abord, il faut réaliser, et le plus vite possible, l'alitement dans un milieu tranquille, en y adjoignant les précautions hygiéniques de propreté, d'aération, etc.

L'alimentation doit être continuée « à tout prix ». On la choisira aussi reconstituante que possible et surtout à base de lait et d'œufs. Les toniques (arsenic, quinquina) trouveront leur emploi. On veillera à ce que les fonctions digestives s'accomplissent normalement. On fera usage, le cas échéant, des lavages d'estomac, des antiseptiques intestinaux (benzo-naphtol). En cas d'insomnies rebelles, on pourra recourir aux hypnotiques (sulfonal, trional, valé-

rianate d'ammoniaque), mais sans jamais faire usage des bromures alcalins qui agissent fâcheusement sur le tube digestif et augmentent la dépression intellectuelle, ainsi que l'a très justement fait remarquer M. Séglas. Les bains prolongés pourront être précieux, mais risquent d'affaiblir le malade.

L'agitation, même extrême, ne semble pas justiciable du chlorhydrate d'hyoscine ni de la duboisine qui ont des effets trop marqués et augmentent l'incohérence.

La thérapeutique idéale de l'anxiété passagère reste la médication opiacée. Enfin, s'il y a collapsus, on aura recours avec avantage à l'alcool et même aux toni-cardiaques (caféine, spartéine, digitale). L'emploi des frictions générales contribue activement au réveil de ces malades.

Durant la convalescence, on établira un bon régime, on prendra « toutes les précautions nécessitées par l'état de faiblesse irritable du système nerveux ».

Le traitement moral sera appliqué au malade, mais avec la précaution nécessaire d'éviter à ce dernier une fatigue qui l'exposerait à un arrêt dans la convalescence ou à une rechute (Séglas). On l'emploiera dans la période de déclin de la maladie. Les préceptes de Sauze méritent d'être cités en entier : « Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales ; il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est trop lente ou peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave ; on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opéré en eux, comme un individu qui pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens. Quelques-uns nous ont dit qu'il leur semblait sortir d'un long sommeil. A ces malades qui se réveillent, il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur

mémoire, leur poser des petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel, répété chaque jour sans interruption, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première : c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement.

« En même temps que par la conversation on force le malade à mettre en jeu ses diverses facultés, il faut encore le mettre au travail. Cet exercice salutaire achève de rétablir la santé physique, maintenant l'appétit et le sommeil, et donne également à l'esprit une préoccupation qui produit le meilleur effet. C'est en suivant cette méthode, en ayant recours à ces divers moyens, qu'on verra chaque jour l'intelligence faire un progrès nouveau. Les réponses, d'abord lentes, deviennent plus faciles ; le malade s'occupe avec plus d'intérêt de ce qui l'entoure ; son attention se fixe plus souvent sur les objets qui sont à sa portée. A mesure que l'attention est revenue, cette faculté mère de toutes les autres facultés, comme le professait Laroniguière, les autres facultés de l'entendement ne tardent pas à suivre la même voie de progrès. Après avoir observé ce qui se passe autour de lui, le malade compare entre eux les divers objets qui ont fixé son attention, il saisit leurs rapports, raisonne, en un mot, comme il le faisait auparavant. La mémoire, d'abord obscure et infidèle, reprend toute sa puissance ; la volonté suit dans sa marche les progrès de l'entendement ; cette apathie, cette inertie si complète finit peu à peu par disparaître. Les malades ne se laissent plus pousser ni conduire par le premier venu ; ils ont repris la conscience de leur moi. »

L'étude des soins thérapeutiques à appliquer aux malades atteints d'états confusionnels nous amène à poser ce problème : Où traiter ces maladies ? Nous avons vu, dans les pages ci-dessus, que les psychoses dues à un choc émotif et à forme confusion mentale avec amnésie et délire onirique hallucinatoire, comportaient en définitive un pronostic

favorable : quant à l'accès lui-même, sa guérison, dans la majorité des cas, survient rapidement, et si elle n'est pas certaine, du moins sa grande fréquence semble-t-elle une sérieuse contre-indication à l'envoi de tels malades dans un asile.

Il n'est pas besoin d'insister longuement sur le préjudice moral résultant de l'application militaire de la loi de 1838.

L'entrée à l'asile marque dans la vie de l'individu, de par des préjugés très solidement établis, une date fatale après laquelle il est socialement taré. Puisque nul n'a l'idée de parler « de l'asile d'aliénés » pour des délirants passagers au cours d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou de l'urémie, pourquoi imposerait-on un régime d'exception à ceux qu'une commotion a provisoirement troublés. Cette opinion a été vigoureusement soutenue par M. le P^r Régis. « On n'a pas le droit », écrit-il, « d'infliger la grave mesure de l'internement à des officiers ou à des soldats qui reviennent du feu dans un état passager de torpeur confusionnelle ou d'onirisme hallucinatoire terrifiant et qui, quelques semaines peut-être plus tard, seront en état de reprendre leur place dans le rang. »

C'est également l'avis de M. le P^r agrégé Chavigny, et on n'ignore pas que M. le P^r Ballet, s'est fait, depuis longtemps déjà, le défenseur de la formule : « Les délirants aigus à l'hôpital. »

Il ne faudrait pas croire cependant que cette formule a entraîné l'adhésion de tous les aliénistes. A propos de la Thèse du D^r Fr. Adam sur les internements abusifs¹, M. le D^r Juquelier, médecin en chef des Asiles de la Seine, fait remarquer que l'organisation intérieure des services hospitaliers spéciaux, affectés à la surveillance des délirants aigus, rappellera singulièrement l'asile d'aliénés proprement dit. M. le P^r Jean Lépine, s'est associé sans réserves à cette opinion et l'a défendue dans des termes particulière-

1. Fr. Adam, *Des internements abusifs*. (Thèse de Lyon, 1912.)

ment heureux ; nous ne résistons pas au désir de les citer :

« Depuis quelque temps, l'on parle beaucoup d'hôpital pour les délirants aigus, d'hospice pour les aliénés chroniques, et l'on affecte de considérer l'asile comme une prison réservée aux aliénés dangereux. Il me semble qu'il serait loyal d'aller jusqu'au bout de la question. Si l'on veut éviter aux aliénés aigus ou inoffensifs la « tare » légale de l'internement, qu'on le dise, mais qu'on reconnaisse aussi qu'on sera obligé de les conserver illégalement, sans surveillance et sans contrôle, sans garantie quelconque pour leur liberté et pour leur bien, qu'ainsi on les aura simplement privés de tous les avantages de la loi de 1838.....

A la formule : les délirants à l'hôpital, je demande que nous opposions celle-ci : les asiles médicalement organisés. Ceux de nos collègues qui ont eu la bonne fortune de s'adresser à des pouvoirs publics éclairés peuvent déjà démontrer qu'ils font de la médecine comme on le ferait dans un hôpital, et de la médecine mentale mieux qu'on y peut en faire.

Par éducation et par tendances, je crois être de ceux qui font aux influences organiques la plus large place en psychiatrie, et qui s'efforcent de rester avant tout médecins. C'est parce qu'ainsi je ne pense pas être suspect que je vous demande la permission de me ranger aux côtés de nos collègues les médecins d'asile, et de défendre avec eux la cause des malades, contre le prétendu progrès que serait la psychiatrie exercée par des médecins d'hôpital. »

On voit donc que, si l'on veut mettre en avant l'argument d'autorité, ces deux thèses opposées sont soutenues par des maîtres particulièrement autorisés.

Dans le cas particulier qui nous occupe, il nous paraît que la tare de l'asile existe beaucoup moins en temps de guerre où toutes les valeurs sont bouleversées : Il est d'expression courante dans le public de dire au sujet des formidables batailles modernes : « Il y a de quoi devenir fou » et à cette formule ne s'attache aucune idée péjorative. Pour se faire

une opinion en la matière, il est tout indiqué de s'adresser aux intéressés eux-mêmes. Or tous ceux de nos malades de Clermont, à qui nous avons posé la question, nous ont répondu invariablement qu'ils préféreraient être traités à l'asile qu'à l'hôpital, et ces malades comprenaient des gens de condition très diverse.

Il nous semble que les deux thèses peuvent être conciliées. Tout le monde est d'accord sur un point : c'est l'intérêt du malade qui est seul en question. Il est évident qu'il ne sert de rien d'enlever les psychopathes aigus à l'asile si c'est pour les placer dans des conditions de traitement défec-tueuses. Le traitement de ces malades exige un personnel médical spécialisé qui demande un certain temps pour être éduqué. On ne saurait parler de centres psychiatriques pour les militaires qu'à condition de disposer de locaux adéquats et d'un personnel médical spécialisé. Dès lors, pourquoi ne pas utiliser les asiles, où ces conditions se trouvent remplies, en y admettant les militaires sans les formalités habituelles. On nous objectera que c'est illégal. Mais ces formalités sont surtout « abusives » dans le cas du placement d'office. Il n'en est plus de même avec le placement volontaire et c'est ce régime que nous recommandons en définitive pour les soldats atteints de troubles mentaux. Ceux chez qui les troubles deviennent chroniques pourront être transformés plus tard en « placements d'office ». Ce régime a été appliqué en particulier à l'asile de Clermont où il a donné d'excellents résultats.

Les militaires une fois guéris de leur accès, quelle peut être leur utilisation ultérieure ? Le médecin ne doit avoir d'autre préoccupation à l'heure actuelle que celle de conserver à l'armée le plus d'hommes possible. Dès lors, étant donné qu'il s'agit de troubles psychiques à évolution aiguë, il ne saurait être question de réforme. D'autre part, la violence de l'ébranlement nerveux subit par ces sujets est une contre-indication à leur renvoi immédiat au front, une fois les phénomènes confusionnels disparus. Une convalescence

de durée variable (un à trois mois) leur est nécessaire. Ce délai épuisé et s'il s'agit d'une première atteinte, nous pensons qu'il n'y a pas d'inconvénient à les renvoyer à l'avant. D'ailleurs, les exemples abondent de sujets commotionnés et qui ont pu de nouveau faire campagne. Cependant, comme nous l'avons vu, il peut se produire des récidives. En pareil cas, après guérison du second accès, la mesure qui nous paraît la plus logique est l'envoi du sujet dans les zones de l'intérieur. Ainsi, il ne sera pas perdu pour l'armée, tout en étant soustrait aux causes susceptibles de produire une nouvelle rechute.

CONCLUSIONS

1. — Les traumatismes, tant physiques qu'émotionnels, survenus au cours des combats, en particulier par éclatement d'explosifs puissants, peuvent réaliser le syndrome : *confusion mentale*, soit isolé, soit associé à d'autres manifestations morbides.

2. — Ce syndrome ne présente rien de spécifique ; il est analogue à celui qui a été observé après les grandes catastrophes et les émotions violentes ; l'amnésie en est l'élément le plus constant et revêt les caractères de l'amnésie traumatique.

3. — Dans la grande majorité des cas, l'atteinte des centres nerveux semble purement fonctionnelle. Pourtant, divers auteurs ont signalé, chez des malades analogues, l'existence de perturbations organiques.

4. — L'avenir des commotionnés du champ de bataille ne sera précisé que par des observations longtemps poursuivies : En règle générale, la guérison survient assez rapidement ; mais elle peut faire place à des récives, surtout si le sujet est à nouveau soumis aux influences de milieu qui ont provoqué l'apparition des premiers symptômes morbides. L'intensité et la durée des troubles mentaux paraissent en rapport avec la prédisposition individuelle.

5. — A propos des états confusionnels dus à la guerre se pose le problème des conditions hospitalières favorables à leur traitement. La tendance actuelle, très légitime, est d'éviter à ces malades les conséquences sociales et profes-

sionnelles du séjour à l'asile. Encore faut-il qu'on dispose de médecins spécialisés et d'un personnel infirmier suffisamment entraîné aux soins que réclament les psychoses aiguës. Sinon, il vaudrait mieux perdre de vue la « tare de l'internement » plutôt que renoncer aux avantages réels de l'hospitalisation dans nos asiles.

6. — Un congé de convalescence de durée moyenne est nécessaire à ces soldats qu'on peut parfaitement affecter de nouveau à des formations de l'avant. Toutefois, en cas de récurrence, il est indiqué, non de les réformer, mais de les utiliser dans la zone de l'arrière.

VU : LE PRÉSIDENT,

CH. ACHARD

VU : LE DOYEN,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — La neuro-psychiatrie d'urgence aux armées. Réunion médico-chirurgicale de la 5^e armée, 16 octobre 1915. (*Presse Médicale*, 18 novembre 1915, p. 460.)
- ABUNDO (d'). — Sur l'apathie des sinistrés et la monotonie indifférente de leurs récits. (*Riv. it. de neuro. psich. ed. electrothrap.*, vol. 2, fasc. 2.)
- Troubles neuro-psychiques consécutifs aux commotions de la guerre italo-turque. (*Riv. it. di neurog. psichiat. ed. electrothrap.*, juin 1912).
- ADAM. — Des internements abusifs. (*Thèse de Lyon*, 1912.)
- ANGLADE. — Confusion mentale. (*In Traité de path. ment.*, de Gilbert-Ballet, 1903.)
- ANTHEAUME et MIGNOT. — *Les maladies mentales dans l'armée française.* (Paris, Delarue.)
- AVTAKRATOFF. — Assistance. Traitement et transport des aliénés pendant la guerre russo-japonaise. (*Oborrenjé Psykhiatrii, Nevrologii eksperimentuoj Psychologii*, 1906.)
- BALLET (Gilbert). — Art. Confusion mentale. (*In Traité de médecine.*)
- BALLET et SALOMON. — Irritabilité et tendances à la colère pathologique consécutives à un traumatisme. (Société de Psych., 18 juin 1914 ; *Journal de psychologie*, p. 464.)
- BARAT. — Une fugue confusionnelle en temps de guerre. (*Journal de Psychologie*, novembre-décembre 1914, p. 455.)
- BICKEL. — Pathogénie des troubles psychiques observés pendant la guerre. (*Neurologisches Centralblatt*, 1915, n° 4, p. 117.)

- BONHOEFFER. — Guerre et psychiâtrie. (*Deutsch. mediz. Vochensch.*, 1914, n° 39.)
- BOULOMIÉ. — *Vingt jours parmi les sinistrés.* (Paris, Calman-Lévy.)
- BOYER et LÉPINE. — Commotion cérébrale, accidents nerveux suivis de mort. (*Revue de médecine*, 1899, 10 février, p. 161.)
- BUSCHAN. — Sur les psychoses de guerre. (*Medizinische Klinik*, 1914, n° 425.)
- CHAÏKÉVITCH. — *Des troubles mentaux liés à la guerre russo-japonaise.* (Société de Neuropath. et de Psychologie de Moscou, 26 novembre 1914.)
- CHARON. — Psychopathologie de la guerre. (*Progrès Médical*, juin 1915, n° 35.)
- CHASLIN. — *La confusion mentale primitive.* (Paris, Asselin et Houzeau, 1895.)
- *La confusion mentale*, conférence faite à Sainte-Anne, le 23 janvier 1914. (*Annales médico-psychologiques*, 1915, nos 3 et 4, pp. 276 et 414.)
- *Eléments de sémiologie et clinique mentales.* (2^e partie, ch. VI, p. 367, Paris, Asselin et Houzeau.)
- CHAVIGNY. — Psychiâtrie et médecine légale aux armées. (*Paris Médical*, 17 juillet 1915 et 23 octobre 1915.)
- CLAUDE, Mlle LOYEZ et J. LHERMITTE. — *Etude clinique et anatomique de la commotion médullaire par éclatement d'obus.* (Société médicale des hôpitaux, 30 juillet 1915.)
- CYGIELSTREICH. — Les conséquences mentales des émotions de la guerre. (*Annales médico-psychologiques*, 1912, I, p. 129 et 257.)
- DELASIAUVE. — Du diagnostic différentiel de la lypémanie. (*Annales médico-psychologiques*, 1851, p. 380.)
- DÉJÉRINE et GAUCKLER. — *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses.* (2^e partie, ch. II, p. 316, Paris, Masson 1911.)
- DROMARD et LEVASSEUR. — *L'amnésie.*
- DUBOIS (de Saujon). — Psychologie des sinistrés. (*Journal de psychologie*, 1910, p. 261.)

- DUMAS et DELMAS. — *Psychose confusionnelle par émotion-choc.* (Société de Psychiatrie, 16 février 1911.)
- DUMAS et MALLOIZEL. — L'expression polyglandulaire des émotions. (*Journal de psychologie*, 1910, p. 62.)
- DUPRÉ. — La constitution émotive. (*Paris Médical*, 1911.)
- DUPUY. — Troubles neuro-psychiques aux armées en temps de guerre. (*Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1915.)
- Résultats du fonctionnement d'un service neuro-psychiatrique d'armée. Réunion médico-chirurgicale de la 5^e armée, 16 octobre 1915. (*Presse Médicale*, 18 novembre 1915, p. 461.)
- ELIOTT. — Trans. paraplegia from shell explosions. (*British. med. Journ.*, 12 décembre 1914.)
- FÉRÉ. — *Essai sur l'amnésie traumatique isolée.* (Thèse, Paris, 1881.)
- *La pathologie des émotions.* (Paris, 1892.)
- FERRARI. — Les rescapés du tremblement de terre d'Avezzano. (*Rivista di Biologia*, janvier-février 1915.)
- FORNATA. — Les psychoses consécutives à la commotion cérébrale. (*Giorn. de psich. clin. ed tecnic manic.*, 1909.)
- GRANJUX. — *L'aliénation mentale dans l'armée*, 2^e partie. *Aliénation mentale dans les armées en campagne.* (XIX^e Congrès des aliénistes et des neurologistes. Nantes, août 1904.)
- GRASSET. — *Le psychisme inférieur.* (Paris, 1909.)
- Les psychonévroses de guerre. (*Presse Médicale*, 1^{er} avril 1915.)
- GUILLAIN. — Revue Médicale de la 6^e Armée. (*Presse Médicale*, 27 mai et 21 juin 1915.)
- HALBERSTADT. — Un cas de psychose post-émotionnelle. (*Revue de Psychiatrie*, avril 1913.)
- HARTMANN. — Cité par Anglade. (*Traité de pathologie mentale*, de Gilbert Ballet, p. 36.)
- HARTENBERG. — L'état mental des sinistrés en Sicile. (*Presse Médicale*, 23 janvier 1909.)

- HAURY. — *Les anormaux et les malades mentaux au régiment.* (Paris, Masson.)
- HEITZ. — Cinq cas de paraplégie organique consécutive à des éclatements d'obus sans plaie extérieure. (*Paris Médical*, 22 mai 1915, p. 78.)
- JACOBY. — Les victimes oubliées de la guerre moderne. (*Archives d'anthr. criminelle*, 1904.)
- JANET. — *Névroses et idées fixes.*
- JOLLY. — Aliénation mentale dans l'armée allemande pendant la dernière guerre. (*Arch. f. Psych.*, 1872.)
- JUQUELIER. — Analyse de la thèse Adam : Des internements abusifs. (*Revue de Psychiatrie*, octobre 1912, p. 422.)
- KRAEPELIN. — *Die acute Verwirtheit in Klinische Psych.*, 7^e édit., p. 40.)
- KOVALSKY. — Névroses et psychoses traumatiques. (*Psychopathologie légale générale.*)
- KREYNDEL. — Revue des maladies dans l'armée russe en Mandchourie. (*Voyenno meditsinskij journal*, 1908.)
- LAPICQUE. — Essai d'une nouvelle théorie physiologique de l'émotion. (*Journal de psychologie*, 1911, p. 1.)
- LAURENT. — *La guerre en Bulgarie et en Turquie.* (Paris, 1914.)
- LAURÈS et RÉGIS. — Troubles mentaux consécutifs à l'explosion du cuirassé Iéna. (*La Clinique*, 1907.)
- LÉPINE (Jean). — Lettre du Dr Juquelier à propos des internements dits abusifs. (*Revue de Psychiatrie*, novembre 1912, p. 466.)
- LERICHE. — Des lésions cérébrales et médullaires produites par l'explosion, à faible distance, des obus de gros calibre. (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} septembre 1915, p. 343.)
- LOEPER. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les grands traumatismes nerveux. (*Progrès Médical*, novembre 1915, p. 493.)
- LOMBROSO (C. et P.). — L'état d'âme pendant les catastrophes italiennes. (*Figaro*, 13 février 1909.)

- LUBARSKY. — Section psychiatrique du lazaret de Nikolsk-Oussou-rijsk pendant la guerre russo-japonaise. (*Oboznenje Psykhiatric névrologii ekspekymmentulug. Psykhologie*, 1907.)
- LUMIER. — De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales. (*Annales médico-psychologiques*, 1874, t. X, p. 385.)
- LUYS. — *Etudes de physiologie et de pathologie cérébrales*, pp. 36 et 70.)
- MAGNAN. — *Leçons cliniques*.
- MAIRET, PIÉRON et Mme BOUZANZKY. — *Le syndrome commotionnel*. (Académie de médecine, juin 1915.)
- MARTINET. — Maladies mentales dans l'armée allemande. (*Presse Médicale*, 21 janvier 1915.)
- MAUCLAIRE. — Commotions de l'encéphale et de la moelle épinière. (*Presse Médicale*, 1899, n° 26, p. 153.)
- MENDEL. — Observations psychiatriques et neurologiques sur les armées en campagne. (*Neurologisches Centralblatt*, 1915, n° 1, p. 2.)
- MILIAN. — L'hypnose des batailles. (*Paris Médical*.)
- MONDIOS. — La confusion mentale traumatique. (*Riv. ital. di neuropat. psichiat. ed electroter.*, janvier 1911, p. 10; *Anal. in journal de psych.*, 1912, p. 189.)
- MOSSO. — *La Peur*. (F. Alcan.)
- NASSE. — Remarques sur les troubles intellectuels chez les militaires, par suite de la guerre de 1866. (*Allgemeine zeitschrift f. Psych.*, 1870.)
- NERI. — Cité par Babinski. Discussion sur l'émotion à la réunion annuelle des Sociétés de Neurologie et de Psychologie, 1909.)
- NEVEU. — Confusion mentale et mélancolie. (*Thèse de Bordeaux*, 1910; *Analyse in encéphale*, 1911, I. p. 500.)
- NEUMANN. — Observations psychologiques sur les armées en campagne. (*Neurologisches Centralblatt*, n° 23, 1914, p. 1243.)

- OZERETSKOWSKIJ. — Des maladies mentales liées à la guerre russo-japonaise. (*Journal russe de Médecine Militaire*, octobre et novembre 1905, octobre et novembre 1906.)
- PACTET et COLIN. — *Les aliénés dans l'armée et les pénitenciers militaires.*
— *Les aliénés devant la justice, les aliénés dans les prisons.* (Paris, Masson, 1901.)
- PICQUÉ. — Troubles psychiques post-traumatiques. (Société de Chirurgie, 24 juillet 1912; *Journal de Psychologie*, 1912, p. 461.)
- RAYNEAU. — *Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal.* (XIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes. Nantes, août 1909.)
- RAYNER. — Un cas de folie consécutive à un traumatisme de la tête. (*The Journal of. ment. Sc.*, octobre 1884.)
- RAVAUT. — Les hémorragies internes produites par le choc vibratoire de l'explosif. (*Presse Médicale*, 8 avril 1915.)
— *Vent de l'explosion.* (Académie de Médecine, 22 juin 1915.)
- RÉGIS. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre (*Presse Médicale*, 27 mai 1915.)
- RÉGIS et BESNARD. — Les confusions mentales. (*Traité interne de psychologie pathologique.*)
- RIBOT. — *Maladies de la mémoire.*
- RÉMOND (de Metz) et SAUVAGE. — Sinistrose et psychose à forme confusionnelle. (*Annales médico-psychologiques*, octobre-novembre 1912, p. 336.)
- Emotions et endocrines. (Société de Psychiatrie, 20 fév. 1913; *Journal de Psychologie*, 1913, p. 228.)
- ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de Psychiatrie.* (F. Alcan.)
- ROUILLARD. — *Essai sur les amnésies.* (Thèse, 1885.)
- ROUSSY. — *Accidents nerveux produits à distance par l'éclatement d'obus.* (Société de Neurologie, 4 décembre 1914.)

- Troubles neuro-psychiques observés à l'occasion de la guerre. (*Presse Médicale*, 8 avril 1915.)
- Réunion médico-chirurgicale de la 10^e armée (25 juillet 1915.)
- ROUSSY et BOISSEAU. — Les sinistres de guerre (accidents nerveux par éclatement d'obus à distance. (Réunion médico-chirurgicale de la 10^e armée (secteur sud) 10 octobre 1915; *Presse Médicale*, 11 novembre 1915.)
- RUATA. — Sur les psychoses d'épuisement. (*Ann. di freniatria*, juin 1910.)
- SAUZE. — *Etudes médico-psychologiques sur la folie*. (Paris, 1862.)
- SCHAIKIEVITCH. — Sur les troubles psychiques en rapport avec la guerre russo-japonaise. (*Voyenno meditsinkij journ*, 1907.)
- SCHROETER. — Deux cas de blessure grave du crâne avec trouble mental. (*Soc. psych. de Berlin*, 16 mars 1885.)
- SCHUSTER. — Die Untersuchung und die Begutachtung bei traumatischen. (Berlin 1899. Cité par Anglade, *Traité de Ballet*, p. 37.)
- SÉGLAS. — *Leçons cliniques*, 6^e, 7^e et 8^e leçons. (Paris, Asselin et Houzeau, 1895.)
- SÉGLAS et BARAT. — Le rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales. (*Journal de psychologie*, mars-avril 1913, p. 81.)
- SÉGLAS et COLLIN. — Emotion-choc, psychose confusionnelle. (*Presse Médicale*, 12 février 1911.)
- SENCERT. — Société de Chirurgie, 13 janvier 1915.
- SERIEUX et FAMARIER. — Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. (*Semaine Médicale*, 1899, p. 340.)
- SCHOLOMOWITSCH. — Des psychoses consécutives aux traumatismes. (*Neurolog. Viestnik*, 1909; *Anal. in encéphale*, 1910, I, p. 173.)
- SCHOUMKOFF. — Du pourcentage des maladies nerveuses pendant la guerre russo-japonaise. (*Vratchebnape gazeta*, 1906.)
- SIMONIN. — *Les débiles mentaux dans l'armée*. (XXII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.)
- SOLLIER. — Impotence fonctionnelle d'origine nerveuse chez les

- blessés de guerre. (Académie de médecine, 8 décembre 1914; *Journal de psychologie*, p. 465.)
- L'aiguillage des impressions nerveuses. (*Journal de psychologie*, 1912, p. 44.)
- SOLLIER et CHARTIER. — La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. (*Paris Médical*, 23 oct. 1915.)
- SOUKHANOFF. — Sur les formes dépressives du trouble mental chez les soldats russes. (*Russkij Vrach*, 1905.)
- De la confusion mentale aiguë chez les soldats russes; contribution à l'étude des psychoses provoquées par la guerre russo-japonaise. (10^e Congrès des médecins russes. Moscou, 1907.)
- STIERLIN. — *Etats morbides consécutifs à la catastrophe de Courrières, etc.* (Berlin 1909. Cité par H. Claude. Réunion annuelle des Sociétés de Neurologie et de Psychiatrie, 9 décembre 1909.)
- THIBAUD. — *Rapport médical sur le service des hommes à l'asile de Clermont, année 1914.*
- TRIPODOFF. — *La Neurosi traumatica o neurapautesia.* (Rome, 1914.)
- TUFFIER. — Troubles de la mémoire à la suite du traumatisme crânien. (Société de Chirurgie, 3 juillet 1912; *Journal de psychologie*, 1912, p. 461.)
- VIBERT. — *La névrose traumatique.*
- VIGOUROUX (A.) et HÉRISSON-LAPARRE. — *Amnésie traumatique élective.* (Société clinique de médecine mentale, 17 mars 1913.)
- VLUDYTCHKO. — Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur. (*Journal russe de Médecine Militaire*, 1907, pp. 108-318.)
- WEISS. — *Les blessures de guerre par les armes modernes.* (Paris, 1912.)
- WOLLENBERG. — Les psychonévroses parmi des troupes combattantes. (*Münch Mediz. Wochensch.*, 3 novembre 1914.)
- WURTZEN. — Cité par Anglade. (*Traité de Pathologie mentale*, de Gilbert Ballet, p. 33.)
- Sociétés de Neurologie et de Psychiatrie réunies. Discussion sur le rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques.* (9, 16 décembre 1909, et 13 janvier 1910.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	9
CHAPITRE I. — Observations.	11
CHAPITRE II. — Nature du syndrome. Sa non-spécificité. .	45
CHAPITRE III. — Formes cliniques et réactions. Evolution. Diagnostic.	63
CHAPITRE IV. — Etiologie et pathogénie	71
CHAPITRE V. — Traitement. Hospitalisation. Considérations médico-militaires	77
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	87
